ERGO
Ubezpieczenia Podróży

Formularz zgłoszenia szkody
Koszty rezygnacji z podróży

Wszelkie dokumenty prześlij na adres:

ERGO Reiseversicherung AG z siedzibą w Monachium
Oddział w Polsce
al. Grunwaldzka 413, 80-309 Gdańsk
Tel. +48 58 324 88 50

Numer szkody
Wypełnia ERGO Ubezpieczenia Podróży

Aby umożliwić nam szybkie i właściwe rozpatrzenie roszczenia wypełnij formularz dokładnie i szczegółowo.

A. Informacje ogólne

Dane osoby ubezpieczonej

Imię, drugie imię, nazwisko

Adres korespondencyjny wskazany przez klienta (ulica, numer domu, numer mieszkania)

numer PESEL (w przypadku obcokrajowców data urodzenia)

Kod pocztowy –

Miejscowość, kraj

Numer telefonu kontaktowego

e-mail

Zgadzam się na przesyłanie korespondencji, dotyczącej przedmiotowej szkody, drogą elektroniczną. ☐ TAK ☐ NIE

26. cyfrowy numer rachunku bankowego beneficjenta, na rzecz którego ma zostać wypłacone odszkodowanie w złotówkach

Nazwa banku

Nazwisko i imię właściciela rachunku

Zgodnie z treścią umowy ubezpieczenia, odszkodowanie lub świadczenie wypłaca się na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, w walucie polskiej, za wyjątkiem kosztów zwracanych bezpośrednio za granicę wystawcom rachunków.

Data rezerwacji wyjazdu
dzień miesiąc rok

Nazwa organizatora wyjazdu

Numer polisy

Numer rezerwacji

B. Dane dotyczące wyjazdu

Środek transportu ☐ samolot ☐ pociąg ☐ autobus ☐ samochód ☐ inny

Kraj docelowy

Data rozpoczęcia planowanego wyjazdu

C. Dane dotyczące szkody

1. Powód rezygnacji

a) medyczny ☐ nagłe zachorowanie ☐ nieszczęśliwy wypadek ☐ śmierć ☐ choroba przewlekła

b) szkoda w mieniu ☐ w wyniku przestępstwa – jakiego?

☐ w wyniku zdarzenia losowego – jakiego?

c) inny ☐ utrata pracy ☐ rozpoczęcie pracy ☐ inny, jaki ?

2. Czy zdarzenie powstało wskutek:

☐ przestępstwa ☐ samobójstwa ☐ wypadku komunikacyjnego ☐ inne – wskutek czego?

Charakter zachorowania, rodzaj doznanego urazu wraz z diagnozą. Opisz szczegółowo dolegliwości oraz rodzaj urazu wraz z okolicznościami jego powstania.

3. Dane osoby, z powodu której nastąpiła rezygnacja z wyjazdu.

Nazwisko i imię

Czy jest to współuczestnik wyjazdu? ☐ TAK ☐ NIE

Napisz jaki stopień pokrewieństwa łączy Cię z tą osobą. Dołącz dokument potwierdzający stopień pokrewieństwa.

4. Data zdarzenia skutkującego rezygnacją.

Data zajścia zdarzenia — dzień / miesiąc / rok

Data zgłoszenia rezygnacji organizatorowi — dzień / miesiąc / rok

Opłaty związane z rezygnacją — kwota / waluta

5. Czy poszkodowany otrzymał już zwrot jakichkolwiek kosztów z innego źródła? ☐ TAK ☐ NIE

5.1 Jeśli tak, podaj nazwę.

5.2 Podaj wysokość otrzymanego zwrotu. PLN

5.3 Czy poszkodowany składał wniosek o zwrot jakichkolwiek kosztów? ☐ TAK ☐ NIE

5.4 Jeśli tak, to do kogo? Podaj nazwę i adres.

D. Dane dotyczące innego ubezpieczyciela

1. Czy poszkodowany posiada inną polisę obejmującą swym zakresem koszty rezygnacji?
Jeśli tak, podaj nazwę ubezpieczyciela i numer polisy. ☐ TAK ☐ NIE

2. Czy poszkodowany posiada kartę bankową oferująca ubezpieczenie kosztów rezygnacji?
Jeśli tak, podaj nazwę banku, numer karty i nazwę ubezpieczyciela. ☐ TAK ☐ NIE

E. Oświadczenia poszkodowanego

Oświadczam, że zapoznałem/am się z zasadami przetwarzania moich danych osobowych przez administratora: ERGO Reiseversicherung AG z siedzibą w Monachium działającą przez Oddział w Polsce, al. Grunwaldzka 413, 80-309 Gdańsk, dostępnymi w dokumencie Polityka Prywatności pod adresem: www.ergo-ubezpieczeniapodrozy.pl/polityka-prywatnosci/. W celu uzyskania wszelkich informacji w przedmiocie przetwarzania danych osobowych prosimy o kontakt z inspektorem ochrony danych pod adresem e-mail: iod@ergo-ubezpieczeniapodrozy.pl.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych odnośnie stanu zdrowia w zakresie niezbędnym do wykonania umowy ubezpieczenia (w tym do likwidacji szkody) przez ERGO Reiseversicherung AG z siedzibą w Monachium działającą przez Oddział w Polsce.

Data Imię i nazwisko oraz podpis poszkodowanego

Upoważniam każdego lekarza, każdy zakład opieki zdrowotnej, osoby fizyczne wykonujące zawód medyczny, grupowe praktyki lekarskie, grupowe praktyki pielęgniarek lub położnych, które udzielały mi świadczeń zdrowotnych i przedstawicieli organu ubezpieczeń społecznych do udzielenia informacji oraz do udostępnienia pełnej dokumentacji przez ERGO Reiseversicherung AG z siedzibą w Monachium działającą przez Oddział w Polsce o stanie mojego zdrowia, przebiegu mojego leczenia lub przyczynach zgonu, koniecznych do rozpatrzenia roszczenia o wypłatę świadczenia ubezpieczeniowego.

Data Imię i nazwisko oraz podpis poszkodowanego

INFORMACJA: ww. zgody są dobrowolne, ale ich brak może utrudnić lub uniemożliwić ustalenie prawa do odszkodowania z umowy ubezpieczenia. Aktualna treść Polityki Prywatności jest zawsze dostępna pod adresem: www.ergo-ubezpieczeniapodrozy.pl/polityka-prywatnosci/.

Potwierdzam, iż podane wyżej informacje są zgodne z prawdą i zdaję sobie sprawę, iż poświadczenie nieprawdy lub podanie fałszywych informacji jest przestępstwem i może powodować odmowę wypłaty odszkodowania oraz pociągnięcie mnie do odpowiedzialności karnej.

Data Imię i nazwisko oraz podpis zgłaszającego szkodę

Lista niezbędnych dokumentów

W przypadku zgłoszenia szkody z ubezpieczenia kosztów rezygnacji wraz z wypełnionym formularzem zgłoszenia szkody załącz umowę z organizatorem i dokument potwierdzający wysokość poniesionych kosztów rezygnacji oraz następujące dokumenty:

- Jeśli powodem rezygnacji jest nagłe zachorowanie:
  - dokumentację medyczną, dotyczącą zachorowania, które było powodem rezygnacji z podróży,
  - dokument potwierdzający stopień pokrewieństwa, gdy zachorowanie nie dotyczy ubezpieczonego.
- Jeśli powodem rezygnacji jest nieszczęśliwy wypadek:
  - dokumentację medyczną dotyczącą nieszczęśliwego wypadku, który był powodem rezygnacji z podróży,
  - dokładny opis okoliczności wypadku,
  - jeżeli uraz powstał wskutek wypadku komunikacyjnego, załącz notatkę policji, kserokopię prawa jazdy kierującego, a także numer polisy odpowiedzialności cywilnej oraz nazwę ubezpieczyciela sprawcy,
  - dokument potwierdzający stopień pokrewieństwa, gdy uraz nie dotyczy ubezpieczonego.
- Jeśli powodem rezygnacji jest zgon:
  - kopię aktu zgonu,
  - w przypadku zgonu wskutek nieszczęśliwego wypadku podaj okoliczności wypadku,
  - kartę zgonu lub inny dokument potwierdzający jego przyczynę,
  - jeżeli zgon był skutkiem wypadku komunikacyjnego, załącz notatkę policji, kserokopię prawa jazdy kierującego, a także numer polisy odpowiedzialności cywilnej oraz nazwę ubezpieczyciela sprawcy,
  - dokument potwierdzający stopień pokrewieństwa, gdy zmarły nie był ubezpieczonym.
- Jeśli powodem rezygnacji jest szkoda w mieniu:
  - notatkę policji o zdarzeniu,
  - inny dokument wystawiony przez właściwe służby potwierdzający wystąpienia zdarzenia (np. notatka straży pożarnej lub IMiGW).
- Jeśli powodem rezygnacji jest wyznaczenie daty rozpoczęcia pracy:
  - zaświadczenie z Powiatowego Urzędu Pracy o statusie bezrobotnego,
  - umowę o pracę.
- Jeśli powodem rezygnacji jest zwolnienie z pracy:
  - wypowiedzenie umowy o pracę,
  - umowę o pracę,
  - świadectwo pracy, gdy umowa o pracę uległa rozwiązaniu.

Ubezpieczyciel zastrzega sobie prawo do wystąpienia z prośbą o dostarczenie dodatkowej dokumentacji niezbędnej do rozpatrzenia roszczenia.