

Formularz zgłoszenia szkody

Następstwa Nieszczęśliwych Wypadków

W celu umożliwienia nam szybkiego i właściwego rozpatrzenia roszczenia, prosimy o dokładne wypełnienie poniższego formularza.

A Informacje ogólne

Dane osoby wypełniającej formularz

Nazwisko i imię

Ulica/numer domu/numer mieszkania

Kod pocztowy/miejscowość/kraj

Data urodzenia

Numer telefonu komórkowego

Numer telefonu domowego

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

Nazwa i dokładny adres banku

Nazwisko i imię właściciela rachunku

Numer polisy/rezerwacji podróży

Data i miejsce wykupienia polisy

Nazwa biura podróży

B Szczegóły dotyczące podróży

Planowany czas podróży

Data od

do

Początek podróży

Data

godzina

Zakończenie podróży

Data

godzina

Rodzaj środka transportu

samolot

autobus

samochód

inny

C Szczegóły dotyczące wypadku

1. Dane osoby poszkodowanej

Nazwisko i imię

Data urodzenia

1. Data wypadku

Data

godzina

2. Miejsce zdarzenia

3. Okoliczności wypadku

3.1. Jakie były okoliczności wypadku. Prosimy o podanie szczegółowego opisu zdarzenia i okoliczności wypadku (prosimy o opisanie okoliczności wypadku, jeśli uraz powstał w trakcie uprawiania sportu, prosimy podać dyscyplinę, w razie konieczności prosimy kontynuować na odrębnej kartce)

Wszelkie dokumenty prosimy przesłać na adres:

Europäische Reiseversicherung AG

Oddział w Polsce

ul. Chmielna 101/102

80-748 Gdańsk

Tel. +48 58 324 88 50

Fax. +48 58 324 88 51

Numer szkody - wypełnia ERV

Wszelkie dane są przechowywane przez Europäische Reiseversicherung AG, zgodnie z przepisami Ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (DZ.U. 133 p. 883).

3.2. Czy poszkodowany był pod wpływem alkoholu, leków lub środków odurzających?

tak nie

3.3. Czy wykonano badanie krwi?

tak nie

4. Część 4.1-4.3 prosimy wypełnić jedynie w przypadku gdy uraz powstał wskutek wypadku komunikacyjnego

4.1. Rodzaj środka transportu jakim poruszał się poszkodowany (samochód, autobus itp.)

4.2. Czy poszkodowany kierował pojazdem?

tak nie

Jeśli tak, czy poszkodowany posiadał wymagane prawo jazdy?

tak nie

5. Prosimy nie wypełniać części 6-9, jeśli odpowiedzi na poniższe pytania udzielono w formularzu zgłoszenia szkody z tytułu ubezpieczenia kosztów leczenia Europäische. W takim przypadku prosimy podać jedynie numer szkody:

6. Czy w wypadku brały udział inne osoby?

tak nie

6.1 Czy byli świadkowie wypadku?

tak nie

Jeśli na pytanie 6 oraz/lub 6.1 podano odpowiedź tak, prosimy o podanie danych personalnych osób uczestniczących w wypadku lub/i jego świadków

6.3 Czy na miejscu wypadku został sporządzony raport policyjny?

tak nie

Jeśli tak, prosimy podać adres odpowiedniej jednostki oraz załączyć raport:

W przypadku braku raportu policyjnego prosimy podać powód jego braku:

7. Prosimy podać dokładny charakter odniesionych obrażeń:

8. Czy wypadek powstał wskutek?

- przestępstwa samobójstwa wykonywania pracy fizycznej
- wyczynowego uprawiania sportu
- uprawiania sportu, jeśli tak to jakiej dyscypliny
- inne, jeśli tak to wskutek czego?

9. Czy wskutek wypadku/choroby poszkodowany był hospitalizowany?

- tak nie

od do

Jeśli tak, prosimy załączyć kartę leczenia szpitalnego

10. Czy poszkodowany był poddany leczeniu ambulatoryjnemu?

- tak nie

10.1. Jeśli tak, prosimy podać adres gabinetu oraz imię i nazwisko lekarza

10.2. Data pierwszej porady medycznej

11. W przypadku, gdy poszkodowany był leczony przez innego lekarza lub w innej placówce medycznej prosimy podać nazwisko i imię lekarza, adres gabinetu lub adres placówki

D Wcześniejsze choroby i wypadki

1. Czy w momencie zajścia wypadku poszkodowany cierpiał na jakieś choroby lub funkcje organizmu poszkodowanego były upośledzone?

- tak nie

Jeśli tak, to jakie?

2. Nazwisko i imię oraz adres lekarza pod którego opieką pozostawał poszkodowany w okresie ostatnich lat

Powód/powody leczenia

3. Czy poszkodowany uległ w przeszłości wypadkowi, wskutek którego doznał uszczerbku na zdrowiu?

- tak nie

Jeśli tak, to kiedy?

Data

Jakiego rodzaju był to wypadek?

Jakich obrażeń doznał poszkodowany?

3.1. Prosimy podać wysokość orzeczonego wcześniej trwałego uszczerbku na zdrowiu

%

Niniejszym zwalnam lekarzy, u których leczyłam/leczyłem się przed zaistnieniem wypadku objętego ochroną ubezpieczeniową, z obowiązku zachowania tajemnicy lekarskiej oraz wyrażam zgodę na udostępnienie dokumentacji medycznej.

Podpis osoby poszkodowanej lub pełnomocnika

Data

Niniejszym potwierdzam, iż podane powyżej 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.

Podpis zgłaszającego szkodę

Data

Lista dokumentów

W przypadku zgłoszenia szkody z tytułu ubezpieczenia następstw nieszczęśliwych wypadków wraz z wypełnionym formularzem zgłoszenia szkody należy przedłożyć następujące dokumenty:

- całość dokumentacji z przebytego leczenia,
- w przypadku gdy uraz dotyczy część ciała, która była już upośledzona, załączyć całość dokumentacji z wcześniejszego leczenia,
- zaświadczenie lekarza o zakończeniu leczenia,
- potwierdzenie zakupu ubezpieczenia podróży, w przypadku braku wcześniejszego zgłoszenia szkody z tytułu ubezpieczenia kosztów leczenia.