

Nazwisko i adres

Prosimy w całości wypełnić i odesłać na adres:

HanseMerkur Reiseversicherung AG  
c/o PZM Autotour Sp. z o.o.  
ul. Górczewska 228F  
01-460 Warszawa  
E-mail: [hansemercur@pzm.pl](mailto:hansemercur@pzm.pl)

## Zgłoszenie szkody do ubezpieczenia od wypadku na czas podróży

Nr szkody: \_\_\_\_\_

Nr ubezpieczenia: \_\_\_\_\_

Szanowny Kliencie,

niestety podczas Pani/Pana podróży doszło do wypadku. Aby mieć możliwość szybkiego rozpatrzenia tego zdarzenia ubezpieczeniowego, potrzebujemy od Pani/Pana kilku ważnych informacji. W tym celu prosimy o dokładne i kompletne wypełnienie niniejszego zgłoszenia szkody. Dziękujemy za pomoc!

### I Część ogólna:

Organizator: \_\_\_\_\_ Kraj będący celem podróży: \_\_\_\_\_

Numer ubezpieczenia: \_\_\_\_\_

Jeśli podany powyżej adres nie jest prawidłowy, proszę podać Pani/Pana nowy adres i numer telefonu, pod którym można się z Panią/Panem skontaktować w ciągu dnia.

### Dane osoby, która doznała obrażeń:

Nazwisko: \_\_\_\_\_ Imię: \_\_\_\_\_

Ulica i numer domu: \_\_\_\_\_

Kod pocztowy i miejscowość: \_\_\_\_\_

Data urodzenia: \_\_\_\_\_ Nr telefonu (w ciągu dnia): \_\_\_\_\_

Aktualne zatrudnienie: \_\_\_\_\_ Zawód: \_\_\_\_\_

### II Dane na temat wypadku:

Dzień, w którym doszło do wypadku: \_\_\_\_\_ Godzina: \_\_\_\_\_

Miejscowość: \_\_\_\_\_ Ulica: \_\_\_\_\_

Prosimy opisać przebieg wypadku. Co było przyczyną?  
(Jeśli zabraknie miejsca, proszę użyć dodatkowej kartki. Dziękujemy.)

---

---

---

---

---

---

---

---

Czy był to wypadek przy pracy?  Nie  Tak

Czy był to wypadek w drodze do pracy?:  Nie  Tak

Czy wypadek miał miejsce podczas wykonywania czynności zawodowej? \_\_\_\_\_

Do którego branżowego zrzeszenia ubezpieczeń wypadkowych należy osoba, która doznała obrażeń? \_\_\_\_\_

Sygnatura akt i adres - jeśli znane: \_\_\_\_\_

Czy osoba, która doznała obrażeń, spożywała alkohol w ciągu ostatnich 24 godzin przed wypadkiem, zażywała leki lub inne środki odurzające?  Nie  Jeśli tak, to kiedy, w jakiej ilości i jakiego rodzaju?

Czy pobrano próbkę krwi?  Nie  Tak, wynik? \_\_\_\_\_ promila/promili

Czy są świadkowie, którzy widzieli wypadek lub osoby, które udzieliły pierwszej pomocy?

Nazwisko	Adres	Nr telefonu	Naoczny świadek/Pierwsza pomoc
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

Czy wypadek został zarejestrowany w ewidencji policyjnej? \_\_\_\_\_  Nie  Tak, sygnatura akt: \_\_\_\_\_

Adres posterunku: \_\_\_\_\_

Czy informacja o zdarzeniu została przekazana do prokuratury lub organu uprawnionego do nałożenia grzywny?

Nie  Tak  Nie wiadomo

### III Skutki wypadku:

Prosimy wymienić powstałe obrażenia \_\_\_\_\_

Proszę podać dane lekarza, który udzielał pierwszej pomocy medycznej \_\_\_\_\_

Nazwisko, adres i specjalizacja medyczna: \_\_\_\_\_

Kiedy miała miejsce pierwsza pomoc medyczna (data)? \_\_\_\_\_

Jakie były zalecenia lekarskie? \_\_\_\_\_

Czy konieczny był stacjonarny pobyt w szpitalu?  Nie  Tak

od	do	Adres szpitala
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Czy jeszcze jacyś inni lekarze leczyli obrażenia powypadkowe?  Nie  Tak

Nazwa i adres	Specjalizacja	Dane na temat leczenia
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Czy zakończono leczenie?  Nie  Tak, od dnia: \_\_\_\_\_

### IV Dane ogólne osoby, która doznała obrażeń:

Czy w dniu wypadku zawarte były jeszcze inne ubezpieczenia wypadkowe?  Nie  Tak

Towarzystwo	Adres	Numer umowy
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Czy były zawarte ubezpieczenia wypadkowe, których ważność w międzyczasie zakończyła się?  Nie  Tak

Czy osoba, która doznała obrażeń, otrzymuje płatności z tytułu tych umów?  Nie  Tak

W której ubezpieczalni osoba, która doznała obrażeń, ma zawarte ubezpieczenie zdrowotne?

Towarzystwo: \_\_\_\_\_

Adres: \_\_\_\_\_

Numer członkowski: \_\_\_\_\_

**V Stan zdrowia przed wypadkiem:**

Czy osoba, która doznała obrażeń, była przed wypadkiem całkowicie zdrowa pod względem fizycznym i umysłowym?

Nie  Tak

Jakie choroby, upośledzenia, dolegliwości, ułomności lub skutki obrażeń miały miejsce i od kiedy?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Czy wcześniej brakowało już jakichś kończyn? \_\_\_\_\_  Nie  Jeśli tak, to jakich i od kiedy?

\_\_\_\_\_

Czy przed wypadkiem przyjmowane były regularnie leki?  Nie  Tak

Jakie? Od kiedy? W jakich dawkach? Dlaczego? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Czy w ciągu ostatnich 3 lat przed wypadkiem osoba, która doznała obrażeń, była poddawana leczeniu i znajdowała się pod opieką lekarską?  Nie  Tak

Kiedy i dlaczego? \_\_\_\_\_

Nazwisko, adres i specjalność lekarza: \_\_\_\_\_

Czy przed wypadkiem osoba, która doznała obrażeń, pobierała rentę, wzgl. wnioskowała o nią?  Nie  Tak

renta z tytułu niezdolności do wykonywania zawodu  renta wypadkowa  renta z tytułu niezdolności do pracy  
 renta wojenna lub  inna renta

Data złożenia wniosku: \_\_\_\_\_ Data przyznania: \_\_\_\_\_

Czy przed wypadkiem wnioskowano lub zatwierdzono wniosek o uznanie wysokiego stopnia niepełnosprawności?

Nie  Tak

Data złożenia wniosku: \_\_\_\_\_ Data zatwierdzenia wniosku: \_\_\_\_\_

Czy miało miejsce zaklasyfikowanie do tzw. poziomu wymaganej opieki w ramach ubezpieczenia pielęgnacyjnego lub wnioskowano o to?  Nie  Tak

Data złożenia wniosku: \_\_\_\_\_ Zaklasyfikowanie do poziomu wymaganej opieki:  1  2  3  
od dnia (data): \_\_\_\_\_

Prosimy o dołączenie kopii wniosków lub decyzji w sprawie rent i poziomów wymaganej opieki. Dziękujemy za pomoc!.

**VI W celu rozpatrzenia niniejszego zdarzenia ubezpieczeniowego prosimy o przesłanie nam następujących dokumentów:**

- |   |  |
|---|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> dokument ubezpieczenia (kopia)  | <input checked="" type="checkbox"/> dowód opłacenia składki ubezpieczeniowej                                       |
| <input checked="" type="checkbox"/> potwierdzenie rezerwacji wydane przez organizatora podróży, której był/a Pan/i uczestnikiem (kopia) | <input checked="" type="checkbox"/> potwierdzenie zapłaty w przypadku <u>rezerwacji za pomocą karty kredytowej</u> |
| <input checked="" type="checkbox"/> dowód odbycia podróży, np. bilety lotnicze lub kolejowe   | <input checked="" type="checkbox"/> protokół policyjny   |
| <input checked="" type="checkbox"/> dokumenty potwierdzające leczenie wydane przez lekarza  | <input checked="" type="checkbox"/> dokument stwierdzający nabycie spadku (w przypadku śmierci)                    |
| <input checked="" type="checkbox"/> akt zgonu (w przypadku śmierci)   |  |

**Proszę nie zszywać ani nie spinać spinaczami dokumentów! Dziękujemy!**

Nr ubezpieczenia/sprawy/rezerwacji: \_\_\_\_\_  
Proszę wpisać, jeśli nie jest podany

Numer szkody: \_\_\_\_\_  
Prosimy wpisać, jeśli jest znany

**IX Informacja o skutkach naruszenia obowiązków po powstaniu zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową.**

**Pouczenie na podstawie**

Szanowny Kliencie,

kiedy ma miejsce zdarzenie objęte ochroną ubezpieczeniową, potrzebna jest nam Pani/Pana pomoc.

**Obowiązki dotyczące udzielania informacji i wyjaśnień**

Na podstawie zawartych z Panią/Panem porozumień umownych w przypadku wystąpienia zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową możemy domagać się od Pani/Pana udzielenia wszelkich informacji niezbędnych do weryfikacji zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową lub do ustalenia zakresu naszego zobowiązania do świadczenia umownego (obowiązek udzielenia informacji) oraz umożliwienia nam właściwej weryfikacji naszego zobowiązania do świadczenia umownego poprzez podanie wszelkich danych, mogących posłużyć do wyjaśnienia stanu faktycznego (obowiązek udzielenia wyjaśnień). Możemy również domagać się od Pani/Pana udostępnienia dowodów/dokumentów, o ile można tego żądać.

**Zwolnienie ubezpieczyciela z obowiązku świadczenia umownego**

Jeżeli wbrew uzgodnieniom umownym celowo nie przekaże nam Pani/Pan żadnych danych albo przekaże dane nieprawdziwe lub celowo nie udostępni nam Pani/Pan żądanych dowodów/ dokumentów, wówczas utraci Pan/Pani prawo do świadczenia ubezpieczeniowego. Jeśli naruszy Pani/Pan te obowiązki w wyniku rażącego niedbalstwa, to wprowadzie nie utraci Pani/Pan całkowicie prawa do świadczenia, jednak możemy obniżyć nasze świadczenie proporcjonalnie do wagi Pani/Pana przewinienia. Obniżenie świadczenia nie nastąpi, jeśli przedstawi Pani/Pana dowód na to, że obowiązek nie został naruszony w wyniku rażącego niedbalstwa.

Mimo naruszenia przez Pana/Pana obowiązku udzielenia informacji, wyjaśnień i dostarczenia dowodów/dokumentów, pozostaniemy jednak nadal zobowiązani do świadczenia umownego, o ile udowodni Pani/Pan, że celowe lub wynikające z rażącego niedbalstwa naruszenie obowiązków nie stało w związku przyczynowym z ustaleniem zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową ani z ustaleniem lub zakresem naszego zobowiązania do świadczenia umownego.

W przypadku podstępnego naruszenia obowiązku udzielenia informacji, wyjaśnień lub dostarczenia dowodów/dokumentów, będziemy bezwzględnie zwolnieni z obowiązku świadczenia umownego.

**Wskazówka:**

W przypadku, gdy prawo do świadczenia umownego przysługuje nie Pani/Panu, lecz osobie trzeciej, to również ta osoba jest zobowiązana do udzielenia informacji, wyjaśnień oraz do dostarczenia dowodów/dokumentów.

Miejscowość: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Podpis ubezpieczyciela i ubezpieczonego lub przedstawiciela prawnego.

**X Oświadczenia końcowe**

Składam zapewnienie, że podane przeze mnie powyższe informacje są kompletne i zgodne z prawdą. Zostałem/zostałam poinformowany/poinformowana o tym, że podanie nieprawdziwych lub niepełnych danych może spowodować utratę ochrony ubezpieczeniowej. Przyjmuję do wiadomości powyższe wskazówki ustawy o umowie ubezpieczenia odnośnie skutków naruszenia obowiązków po powstaniu zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową.

Ponadto dokonuję na rzecz HanseMerkur Reiseversicherung AG cesji swoich praw i należności od sprawcy wypadku/zobowiązanego z tytułu odpowiedzialności cywilnoprawnej, wzgl. od mojej ustawowej kasy chorych/prywatnego towarzystwa ubezpieczeń zdrowotnych w wysokości świadczeń wypłaconych przez HanseMerkur Reiseversicherung AG.

Miejscowość: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Podpis ubezpieczyciela i ubezpieczonego lub przedstawiciela prawnego

**XI Zgoda na pozyskiwanie i wykorzystywanie danych dotyczących stanu zdrowia, oświadczenie o zwolnieniu z obowiązku zachowania tajemnicy lekarskiej i świadectwo lekarskie**

**Nr ubezpieczenia:**

Nr szkody:

## 1. Pozyskiwanie, przechowywanie i wykorzystywanie przekazanych przez Pana/Panią danych dotyczących stanu zdrowia przez HanseMerkur Reiseversicherung AG

Udzielam zgody na pozyskiwanie, przechowywanie i wykorzystywanie przez HanseMerkur Reiseversicherung AG danych dotyczących stanu zdrowia przekazanych w niniejszym wniosku o przyznanie świadczeń, a także danych przekazywanych w przyszłości, o ile jest to niezbędne w celu wykonania, weryfikacji świadczenia umownego lub zakończenia niniejszej umowy ubezpieczeniowej.

Podpis ubezpieczyciela i ubezpieczonego lub przedstawiciela prawnego

## 2. Udzielenie zgody w przypadku weryfikacji świadczenia umownego (zwolnienie z obowiązku zachowania tajemnicy)

W przypadku gdy to nie Pani/Pan osobiście jest chory/a lub jest ofiarą wypadku, proszę przedłożyć niniejsze oświadczenie do podpisania osobie, której dane dotyczące stanu zdrowia mają zostać pozyskane bądź wykorzystane (osoba ubezpieczona lub osoba obciążona ryzykiem, np. rodzice, dzieci, dziadkowie).

Oświadczenie nie stanowi ogólnego zwolnienia z obowiązku zachowania tajemnicy lekarskiej, lecz obejmuje jedynie informacje na temat schorzeń mających związek z anulowaniem podróży. Pani/Pan, wzgl. osoba, w stosunku do której mają zostać pozyskane dane dotyczące stanu zdrowia, może odmówić złożenia poniższych oświadczeń. W takim wypadku ewentualny obowiązek świadczenia umownego ze strony firmy HanseMerkur Reiseversicherung AG ulega zawieszeniu co najmniej do czasu, w którym ponownie umożliwi jej się zweryfikowanie obowiązku świadczenia.

Wyrażam zgodę, by firma HanseMerkur Reiseversicherung AG - o ile jest to niezbędne do weryfikacji zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową - pozyskiwała moje dane dotyczące stanu zdrowia u następującej osoby:

Imię i nazwisko: \_\_\_\_\_

Adres: \_\_\_\_\_

Imię i nazwisko: \_\_\_\_\_

Adres: \_\_\_\_\_

Imię i nazwisko: \_\_\_\_\_

Adres: \_\_\_\_\_

i wykorzystywała je w celu weryfikacji zobowiązania do świadczenia umownego.

Zwalniam wymienione osoby oraz pracowników wymienionych instytucji z obowiązku zachowania tajemnicy lekarskiej, o ile przekazaniu będą podlegały moje zapisane w dozwolony sposób dane dotyczące stanu zdrowia, pochodzące z badań, konsultacji, terapii oraz wniosków i umów ubezpieczeniowych z okresu do dziesięciu lat przed złożeniem wniosku do HanseMerkur Reiseversicherung AG.

Ponadto wyrażam zgodę, aby w związku z powyższym - o ile będzie to wymagane - moje dane dotyczące stanu zdrowia były przekazywane tej placówce przez HanseMerkur Reiseversicherung AG i w tym zakresie zwalniam również osoby działające w imieniu HanseMerkur Reiseversicherung AG z obowiązku dochowania tajemnicy.

## 3. Udostępnianie danych w celu wydania opinii medycznej

Aby dokonać weryfikacji zobowiązania do świadczenia umownego, może być konieczne zaangażowanie biegłych w zakresie medycyny. HanseMerkur Reiseversicherung AG potrzebuje w tym celu Pani/Pana zgody i zwolnienia z obowiązku zachowania tajemnicy. Będzie Pani/Pan informowana/informowany o każdym przekazaniu danych.

Wyrażam zgodę na przekazywanie przez HanseMerkur Reiseversicherung AG moich danych dotyczących stanu zdrowia biegłym w zakresie medycyny, o ile jest to konieczne w ramach weryfikacji zobowiązania do świadczenia umownego, a moje dane dotyczące stanu zdrowia będą przez nich wykorzystywane zgodnie z celem ich przekazania i wyniki ekspertyz będą odsyłane do HanseMerkur Reiseversicherung AG.

W stosunku do moich danych dotyczących stanu zdrowia oraz pozostałych danych chronionych przepisami kodeksu karnego zwalniam z obowiązku dochowania tajemnicy osoby działające w imieniu HanseMerkur Reiseversicherung AG oraz biegłych w zakresie medycyny.

## 4. Przekazywanie zadań na inne placówki

HanseMerkur Reiseversicherung AG wykonuje określone zadania nie we własnym zakresie, lecz powierza ich realizację innej spółce lub placówce. Zadania te to np. usługa telefonu alarmowego czy telefoniczne konsultacje dla klientów, w ramach których może pojawiać się potrzeba pozyskiwania, przetwarzania lub wykorzystywania Pani/Pana danych dotyczących stanu zdrowia. HanseMerkur Reiseversicherung AG prowadzi aktualizowaną na bieżąco listę placówek oraz kategorii placówek, które zgodnie z umową zajmują się pozyskiwaniem, przetwarzaniem lub wykorzystywaniem danych dotyczących stanu zdrowia dla HanseMerkur Reiseversicherung AG. Lista ta zawiera również zestawienie przekazywanych zadań. Obecna lista dostępna jest w Internecie na stronie [www.hmr.v.de/web/en/footer/privacy](http://www.hmr.v.de/web/en/footer/privacy). Można także pisemnie poprosić o jej przesłanie.

Wyrażam zgodę na przekazywanie przez HanseMerkur Reiseversicherung AG danych na temat mojego stanu zdrowia placówkom wyszczególnionym na wyżej wspomnianej liście oraz na to, by te dane były tam w wymienionych celach pozyskiwane, przetwarzane lub wykorzystywane w takim samym zakresie, w jakim mogłaby to robić firma HanseMerkur Reiseversicherung AG. O ile jest to konieczne, w stosunku do udostępniania moich danych dotyczących stanu zdrowia oraz pozostałych danych chronionych przepisami kodeksu karnego zwalnim osoby działające w imieniu HanseMerkur Reiseversicherung AG oraz innych placówek z obowiązku dochowania tajemnicy.

## 5. Udostępnianie danych firmom reasekuracyjnym

W celu zabezpieczenia Pan/Pana roszczeń HanseMerkur Reiseversicherung AG może korzystać z firm reasekuracyjnych, które przejmą ryzyko w całości lub w części. Aby firma reasekuracyjna mogła wyrobić sobie własny pogląd na dane zdarzenie objęte ochroną ubezpieczeniową, jest możliwe, że HanseMerkur Reiseversicherung AG przedłoży jej Pani/Pana wniosek o przyznanie świadczeń. W przypadku, gdy firmy reasekuracyjne wezmą na siebie zabezpieczenie ryzyka, mogą one kontrolować, czy firma HanseMerkur Reiseversicherung AG dokonała prawidłowej oceny zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową. W celu rozliczenia płatności składek i świadczeń możliwe jest przekazanie firmom reasekuracyjnym danych na temat Pani/Pana obecnych umów.

W wyżej wymienionych celach wykorzystywane są jak najbardziej zanonimizowane bądź spseudonimizowane dane, lecz również dane osobowe dotyczące stanu zdrowia. Pani/Pana dane osobowe będą wykorzystywane przez firmy reasekuracyjne tylko w wyżej wymienionych celach. HanseMerkur Reiseversicherung AG będzie Panią/ Pana informować o przekazywaniu firmom reasekuracyjnym Pani/Pańskich danych dotyczących stanu zdrowia.

Wyrażam zgodę, aby - o ile to konieczne - dane dotyczące mojego stanu zdrowia były przekazywane firmom reasekuracyjnym i wykorzystywane tam do wymienionych celów. O ile jest to konieczne, w stosunku do moich danych dotyczących stanu zdrowia oraz pozostałych danych chronionych na mocy kodeksu karnego zwalnim osoby działające w imieniu HanseMerkur Reiseversicherung AG z obowiązku zachowania tajemnicy.

Miejscowość

Data

Podpis osoby, której dane mają zostać pozyskane  
lub jej przedstawiciela prawnego