



Dane na temat zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową w ubezpieczeniu zdrowotnym na czas podróży

Nr ubezpieczenia/ nr sprawy/

lub nr rezerwacji: _____

Jeżeli jeszcze nie podano, proszę podać numer skrzynki pocztowej _____

Numer świadczenia: _____

Jeśli wiadomo, prosimy podać _____

Prosimy o przesłanie swojej dokumentacji na adres:
HanseMerkur Reiseversicherung AG
c/o APRIL Polska Sp.z o.o.
Ul. Sienna 73
00-833 Warszawa
Tel.: +48 224 81 05 40
Fax: +48 00 864 55 23
E-Mail: hansemerkur@pl.april.com

Prosimy czytelnie i kompletnie wypełnić wszystkie pola. Należy mieć na uwadze, że z powodu podania nieprawdziwych lub niepełnych danych może Pan/Pani utracić ochronę ubezpieczeniową (więcej informacji na ten temat zamieszczonych jest w dziale IV na stronie 4).

I. Informacje ogólne - dane dotyczące chorej osoby i podróży

Prosimy załączyć dokument ubezpieczenia/płatności składki ubezpieczeniowej oraz dokument potwierdzający czas trwania podróży.

Nazwisko chorego/chorej:	data urodzenia:	
_____	_____	
Pana/Pani obywatelstwo/obywatelstwa:		

Zawód/działalność wykonywana w chwili nastąpienia zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową Pracodawca w chwili nastąpienia zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową:		

Gdzie i w jaki sposób można się z Panem/Panią skontaktować?		
Ulica i numer domu:		

Kod pocztowy i miejsce zamieszkania:	Kraj:	
_____	_____	
E-mail/ faks:	Telefon prywatny (z numerem kierunkowym):	Telefon do pracy (wraz z numerem kierunkowym):
_____	/ Telefon komórkowy:	_____
_____	_____	_____

Komu ma zostać wypłacone świadczenie ubezpieczeniowe? (wypłaty można otrzymać tylko przelewem) Właściciel konta:	

Nazwa, siedzibą banku:	BIC/ SWIFT/ Branch-Code:
_____	_____
Numer Konta/Numer IBAN:	

Data rozpoczęcia pobytu za granicą i planowanego zakończenia podróży (jako dowód prosimy załączyć kopię swojego biletu autobusowego, kolejowego, lotniczego lub potwierdzenie rezerwacji):	

Jaki był cel Pana/Pani podróży? <input type="checkbox"/> Wyjazd urlopowy <input type="checkbox"/> Podróż służbowa <input type="checkbox"/> Inny cel: _____	
W którym kraju korzystał Pan/korzystała Pani z usług medycznych? _____	
Czy w tym kraju znajduje się Pana/Pani (inne) miejsce zamieszkania? <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak	
Adres: _____	



Nr ubezpieczenia/ nr sprawy/ nr rezerwacji: _____
Jeżeli jeszcze nie podano, prosimy podać

Nr świadczenia: _____
Jeżeli wiadome, prosimy podać

II. Informacje na temat zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową

Prosimy o dostarczenie oryginalnych faktur lekarskich, recept, rachunków i zaleceń lekarskich. Jeżeli ma miejsce wcześniejsze świadczenie, np. wypłacone przez ustawowe ubezpieczenie zdrowotne, wówczas wystarczy kopia opatrzona adnotacją o wypłacie świadczenia. W przypadku leczenia szpitalnego prosimy także o dołączenie kopii karty informacyjnej leczenia szpitalnego.

1. W jakiej walucie zapłacił Pan/zapłaciła Pani fakturę/faktury? _____

2. Jakiej kwoty pokrycia kosztów oczekuje Pan/Pani w złotych? _____

3. W jaki sposób zapłacił Pan/zapłaciła Pani fakturę/faktury? Od kwoty wynoszącej w przeliczeniu 2.000,00 PLN wzywać prosimy załączyć dowód płatności.

gotówka przelew karta kredytowa inne sposoby płatności - proszę podać:

4. W przypadku choroby:

a) Z powodu jakiej choroby/chorób musiał(a) Pan(i) poddać się leczeniu? (Prosimy opisać diagnozę własnymi słowami) Jeżeli chodzi o wypadek, prosimy opisać jego przebieg w dziale IV.

b) Kiedy wystąpiły pierwsze dolegliwości (data)? _____

5. W przypadku leczenia dentystycznego:

a) Czy bolał Pana/Panią ząb? Tak Nie Czy otrzymał(a) Pan(i) protezę zębową (np. korony)? Tak Nie

b) Jeśli tak, to w którym miejscu? po prawej stronie u góry po prawej stronie na dole

po lewej stronie u góry po lewej stronie na dole

c) Kiedy wystąpiły pierwsze dolegliwości (data)? _____

6. Kiedy po raz pierwszy udzielono Panu/Pani pomocy medycznej z powodu wymienionej choroby/chorób (data)? _____

7. a) Czy był Pan leczony/była Pani leczona na tę chorobę/te choroby jeszcze przed rozpoczęciem podróży? Tak Nie

b) Czy jest to następstwo choroby leczonej przed wyjazdem w podróż, wzgl. wypadku leczonego przed wyjazdem w podróż? Tak Nie

Jeśli tak, to prosimy podać informacje o okresach leczenia i lekarzach prowadzących (nazwisko, adres i numer telefonu):

8. Kto w ciągu ostatnich 12 miesięcy przed podróżą jest lub był Pana/Pani lekarzem domowym/stomatologiem/lekarzem-specjalistą? Prosimy podać nazwiska i adresy lekarzy oraz okresy leczenia i diagnozy. W razie braku miejsca należy dołączyć dodatkową kartkę.

9. Czy po powrocie z zagranicy była Pani dalej leczona/był Pan dalej leczony w Pani/Pana kraju rodzinnym? Tak Nie

Jeśli tak, to prosimy podać informacje o lekarzach prowadzących (nazwisko, adres i numer telefonu).

10. Tylko w przypadku transportu powrotnego: z jakich przyczyn konieczny był Pana/Pani transport powrotny? Prosimy załączyć raporty lekarskie.

11. Z kim udał się Pan/udała się Pani w podróż (prosimy podać nazwisko i adres)?

12. Tylko w przypadku śmierci: Prosimy podać datę i przyczynę śmierci. Prosimy również załączyć kopię aktu zgonu.



Nr ubezpieczenia/ nr sprawy/ nr rezerwacji: _____
Jeżeli jeszcze nie podano, prosimy podać

Nr świadczenia: _____
Jeśli wiadome, prosimy podać

III. Informacje na temat innych ubezpieczeń:

1. Czy jest Pani objęta/Pan objęty dodatkową ochroną ubezpieczeniową na czas podróży zagranicznej, np. w ramach posiadanej karty kredytowej (np. EuroCard, VISA, Amex, Diners, Barclay-Card), poprzez członkostwo w organizacjach lub przez inne stowarzyszenie oferujące usługi ratownicze?

Nie Tak Jeżeli tak, to prosimy podać numer członkowski/ numer karty kredytowej oraz nazwę instytucji, która wydała kartę kredytową/służby ratowniczej.

2. W ramach jakiego ubezpieczenia zdrowotnego, wzgl. na podstawie jakich innych umów była Pani objęta/był Pan objęty ubezpieczeniem zdrowotnym w chwili rozpoczęcia podróży (dotyczy również dodatkowych ubezpieczeń uzupełniających ofertę ustawowej kasy chorych). Prosimy podać nazwę, adres, numer umowy:

3. Czy dostarczone nam faktury zostały dostarczone także innej firmie ubezpieczeniowej?

Nie Tak Jeżeli tak, to prosimy dołączyć kopię pisma rozliczeniowego tej drugiej firmy ubezpieczeniowej.

4. Czy w ciągu ostatnich 3 lat dostarczał Pan/dostarczała Pani zagraniczne faktury innemu ubezpieczycielowi w celu zwrotu kosztów usług medycznych?

Nie Tak Jeżeli tak, to prosimy podać rok, kraj, w którym były wykonywane te usługi medyczne, nazwę, adres i numer umowy z odnośną firmą ubezpieczeniową.

IV. Dane dotyczące wypadku:

1. Miejsce wypadku (ulica, numer domu, miejscowość):

Data i godzina wypadku:

2. Prosimy opisać przebieg wypadku oraz rodzaj Pana/Pani obrażeń:

3. Czy wypadek został spowodowany przez obcą osobę bądź osoby? Nie Tak, przez: Nazwisko/nazwiska i adres/y

4. a) Czy wypadek zdarzył się na Pana/Pani stanowisku pracy w ramach czasu pracy lub w szkole w czasie lekcji albo w czasie imprezy szkolnej? Nie Tak

b) Czy wypadek zdarzył się w drodze do Pana/Pani miejsca pracy/szkoły lub w drodze stamtąd do domu? Nie Tak

5. Czy celem ubiegania się o zwrot kosztów faktury za leczenie następstw wypadku zostały już przedłożone sprawcy wypadku wzgl. firmie ubezpieczeniowej, w której sprawca zawarł ubezpieczenie od odpowiedzialności cywilnej? Nie Tak zostały przedłożone: Nazwisko, adres, numer polisy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej:

6. Czy są świadkowie wypadku (proszę podać nazwiska i adresy świadków)?

7. Który posterunek policji przyjął zgłoszenie wypadku? Prosimy podać adres posterunku policji oraz sygnaturę akt i załączyć kopię protokołu policyjnego.



Nr ubezpieczenia/ nr sprawy/ nr rezerwacji: _____

Jeżeli jeszcze nie podano, prosimy podać

Nr świadczenia: _____

Jeśli wiadome, prosimy podać

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

Szanowna Klientko,
Szanowny Kliencie,

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

Obowiązki dotyczące udzielania informacji i wyjaśnień

Na podstawie zawartych z Panem/Panią porozumień umownych w przypadku wystąpienia zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową możemy domagać się od Pana/Pani 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 Pana/Pani udostępnienia dowodów/dokumentów, o ile można tego żądać.

Zwolnienie ubezpieczyciela z obowiązku świadczenia umownego

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

Mimo naruszenia przez Pana/Panią obowiązku udzielenia informacji, wyjaśnień i dostarczenia dowodów/dokumentów, pozostaniemy jednak nadal zobowiązani do świadczenia umownego, o ile udowodni Pan/Pani, 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 podstępного 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 Panu/Pani, lecz osobie trzeciej, to również ta osoba jest zobowiązana do udzielenia informacji, wyjaśnień oraz do dostarczenia dowodów/dokumentów.

VI. Oświadczenia końcowe

Zapewniam, że podane przeze mnie powyższe informacje są kompletne i zgodne z prawdą. Jestem świadoma/świadomy, że podanie nieprawdziwych lub niepełnych danych może spowodować utratę ochrony ubezpieczeniowej. Powyższe wskazówki przyjmuję do wiadomości.

Ponadto dokonuję na rzecz HanseMerkur Reiseversicherung AG cesji swoich praw i należności od sprawcy wypadku/osoby zobowiązanej z tytułu odpowiedzialności cywilnoprawnej, wzgl. od mojego ubezpieczyciela zdrowotnego w wysokości świadczeń wypłaconych przez HanseMerkur Reiseversicherung AG.

Miejscowość / data

Podpis ubezpieczyciela i ubezpieczonego
lub przedstawiciela ustawowego