HanseMerkur
Reiseversicherung AG

Nazwisko i adres klienta

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: hansemerkur@pzm.pl

Zgłoszenie szkody w ramach ubezpieczenia kosztów przerwania podróży (Ubezpieczenie kosztów przerwania podróży)

Numer ubezpieczenia: _____

Szanowny Kliencie,
niestety był(a) Pan(i) zmuszony zakończyć, przerwać lub wydłużyć podróż poza planowany okres. W celu sprawnego rozpatrzenia zaistniałej szkody potrzebujemy od Pana/Pani ważnych informacji. W tym celu prosimy o dokładne i kompletne wypełnienie tego zgłoszenia szkody. Dziękujemy bardzo za pomoc!

I. Informacje dotyczące podroży:

1) Organizator wyjazdu: _____ Cel podróży: _____

2) Biuro podróży: _____

3) Data rezerwacji: _____ Data przerwania podróży: _____

4) Data rozpoczęcia podróży: _____ _____ Pierwotnie planowana data zakończenia podróży:

II. Którzy uczestnicy wyjazdu musieli przerwać podróż? (Nazwisko, adres, data urodzenia, nr telefonu)

1) _____

2) _____

3) _____

4) _____

5) _____

III. Nazwisko i adres osoby, która wywołała zdarzenie objęte ochroną ubezpieczeniową:

_____

Prosimy również podać **stosunek pokrewieństwa**.

IV. Koszty podróży powrotnej / niewykorzystane świadczenia / pozostałe koszty:

Koszty podróży powrotnej, np. biletów lotniczych: _____

Niewykorzystane świadczenia podróżne: _____

Pozostałe dochodzone koszty: _____

Należy pamiętać, że w zależności od wybranej taryfy ubezpieczeniowej może powstać udział własny.

HanseMerkur Reiseversicherung AG
Siegfried-Wedells-Platz 1, 20354 Hamburg
Tel.: +49 (0)40 4119-2300, Faks: -3586, www.hmrv.de

HanseMerkur
Reiseversicherung AG

V. Powód przerwania podróży:

choroba ☐ **wypadek** ☐	}	➔	Załączony kwestionariusz prosimy przekazać do wypełnienia przez lekarza prowadzącego.
ciąża ☐		➔	Prosimy o przesłanie zaświadczenia od lekarza prowadzącego bądź ginekologa.
Nieprawidłowa reakcja na szczepionkę ☐		➔	Prosimy o przesłanie zaświadczenia lekarskiego.
Śmierć ☐		➔	Prosimy o przesłanie kopii aktu zgonu i podanie stosunku pokrewieństwa.

Pozostałe powody: _____

W przypadku, gdy zdarzenie objęte ochroną ubezpieczeniową (np. wypadek) zostało spowodowane przez osobę obcą, prosimy podać nazwisko i dokładny adres tej osoby oraz - w przypadku wypadków drogowych - ew. numer dziennika i posterunek policji:

_____

Kiedy zaistniało zdarzenie objęte ochroną ubezpieczeniową? _____

VI. Czy ewentualne zawarto inne ubezpieczenie?

Czy jest Pan(i) objęty/-a dodatkową ochroną ubezpieczeniową na wypadek rezygnacji z podróży, np. w innej firmie ubezpieczeniowej, w ramach posiadanej karty kredytowej (np. MasterCard, VISA, American Express)?

☐ Nie ☐ Tak Jeżeli tak, to prosimy podać numer ubezpieczenia / numer członkowski/ numer karty kredytowej oraz nazwę instytucji, która wydała kartę kredytową bądź organizacji.

_____

Czy zgłoszono tam szkodę? ☐ Nie ☐ Tak

VII. Komu mają zostać wypłacone ewentualne świadczenia ubezpieczeniowe? (Nazwisko, adres, dane bankowe, ew. IBAN, BIC, nazwa i adres banku do wykonywania przelewów zagranicznych)

_____

_____

_____

Podpis ubezpieczonego

VIII. Prosimy o nadesłanie następujących dokumentów, które umożliwią nam rozpatrzenie Pana/Pani szkody:

Polisa ubezpieczeniowa	☒	Dowód opłacenia składki ubezpieczeniowej	☒
Potwierdzenie rezerwacji podróży/1. Faktura organizatora wyjazdu (kopia)	☒	Lista uczestników organizatora wyjazdu	☐
Ew. oryginał faktury wykazującej koszty anulowania	☐	Oryginał umowy umowy najmu	☐
Warunki uczestnictwa w podróży organizatora wyjazdu	☐	Warunki najmu określone przez wynajmującego	☐
Oryginały dokumentów potwierdzających koszty podróży powrotnej (np. bilety lotnicze lub kolejowe)	☐	Potwierdzenie wynajmującego o niemożności dalszego wynajmu zakwaterowania	☐

Zaświadczenie lekarskie wydane w miejscu pobytu wakacyjnego ☒
Potwierdzenie płatności w przypadku rezerwacji kartą kredytową ☐

Prosimy nie zszywać dokumentów ani nie łączyć ich ze sobą spinaczami! Dziękujemy bardzo za pomoc.

HanseMerkur Reiseversicherung AG
Siegfried-Wedells-Platz 1, 20354 Hamburg
Tel.: +49 (0)40 4119-2300, Faks: -3586, www.hmrv.de

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

Nr szkody: _____
Jeżeli jest znany, proszę podać

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 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 nam Pan/Pani żądanych dowodów/ dokumentów, wówczas utraci Pan/Pani prawo do świadczenia ubezpieczeniowego. Jeśli naruszy Pan/i te obowiązki w wyniku rażącego niedbalstwa, to wprawdzie nie utraci Pan/i całkowicie prawa do świadczenia, jednak możemy obniżyć nasze świadczenie proporcjonalnie do wagi Pańskiego/Pani przewinienia. Obniżenie świadczenia nie nastąpi, jeśli przedstawi Pan/i 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 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 Panu/Pani, 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 ustawowego.

X. Oświadczenia końcowe

Składam zapewnienie, że podane przeze mnie powyższe informacje są kompletne i zgodne z prawdą. Zostałem 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 ustawowego

HanseMerkur Reiseversicherung AG
Siegfried-Wedells-Platz 1, 20354 Hamburg
Tel.: +49 (0)40 4119-2300, Faks: -3586, www.hmrv.de

XI. Zgoda na pozyskiwanie i wykorzystywanie danych dotyczących stanu zdrowia, oświadczenie o zwolnieniu z obowiązku dochowania 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 ustawowego

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

W przypadku gdy to nie Pan/i osobiście jest chory/a lub jest ofiarą wypadku, wówczas prosimy przedłożyć niniejsze oświadczenie do podpisania przez osobę, 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 dochowania tajemnicy lekarskiej, lecz obejmuje jedynie informacje na temat schorzeń mających związek z anulowaniem podróży. Pan/Pani, 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 na to, 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.

HanseMerkur Reiseversicherung AG
Siegfried-Wedells-Platz 1, 20354 Hamburg
Tel.: +49 (0)40 4119-2300, Faks: -3586, www.hmrv.de

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 Pana/Pani zgody i zwolnienia z obowiązku dochowania tajemnicy. Będzie Pan/Pani informowany/informowana 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 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 Pańskich/Pani 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.hmrv.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 kodeksu karnego zwalniam osoby działające w imieniu HanseMerkur Reiseversicherung AG oraz innych placówek z obowiązku dochowania tajemnicy.

5. Udostępnianie danych firmom reasekuracyjnym

W celu zabezpieczenia Pana/Pani 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, możliwe jest, że HanseMerkur Reiseversicherung AG przedłoży jej Pański/Pani 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 Pańskich/Pani obecnych umów.

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

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

HanseMerkur Reiseversicherung AG
Siegfried-Wedells-Platz 1, 20354 Hamburg
Tel.: +49 (0)40 4119-2300, Faks: -3586, www.hmrv.de

HanseMerkur
Reiseversicherung AG

Świadectwo lekarskie:

Nr ubezpieczenia:
Nr szkody:

Szanowny Panie Doktorze/Szanowna Pani Doktor,
w interesie naszego klienta/klientki, a Pana/Pani pacjenta/pacjentki prosimy o udzielenie odpowiedzi na wszystkie poniższe pytania, wypełniając formularz drukowanymi literami. Umożliwi nam to dokonanie oceny obowiązku świadczenia umownego w ramach ubezpieczenia kosztów przerwania podróży.

_____ _____
Nazwisko pacjenta/pacjentki Data urodzenia

_____
Ulica, kod pocztowy, miejsce zamieszkania:

1. a) Jakie schorzenie/wypadek jest przyczyną przerwania podróży? Prosimy podać dokładną diagnozę z uwzględnieniem kodu ICD: _____

   _____

   b) Wprowadzenie/anamneza całościowa (w razie potrzeby można kontynuować na dodatkowej kartce): _____

   _____
2. Kiedy postawiono diagnozę, wzgl. kiedy miał miejsce wypadek? _____
3. Kiedy w związku z tymi dolegliwościami po raz pierwszy pacjent/pacjentka zgłosił(a) się do lekarza? _____
4. a) Czy została stwierdzona niezdolność do pracy? ☐ Nie ☐ Tak, od _____ do _____
   Jeżeli tak, to prosimy załączyć kopię zaświadczenia o niezdolności do pracy!

   b) Jeżeli nie, prosimy podać uzasadnienie: _____
5. Stacjonarne leczenie szpitalne? ☐ Nie ☐ Tak, od _____ do _____
   Jeżeli tak, prosimy koniecznie załączyć również kartę informacyjną leczenia szpitalnego lub rozpoznanie przy przyjęciu do szpitala!
6. Jakie postępowanie terapeutyczne zostało wdrożone? Prosimy podać informację o przepisanych lekach!

   _____
7. a) Kiedy odbywały się poszczególne działania medyczne będące w związku z tym schorzeniem (prosimy podać daty)?

   _____

   b) Jakie dokładnie przeprowadzono badania? _____

   _____
8. a) Czy ta choroba trwała już od dłuższego czasu? ☐ Nie ☐ Tak, od kiedy dokładnie? _____

   b) Kiedy dokładnie, szczególnie w ciągu ostatnich dwóch lat, miały miejsce poszczególne działania medyczne związane z wyżej wymienionym/i schorzeniem/schorzeniami? Prosimy podać dokładne daty!

   _____

c) W którym z tych dni podejmowano działania medyczne z powodu pogłębienia się istniejącego ____ schorzenia?

   _____
9. Czy w czasie, kiedy dokonano rezerwacji podróży (Data: _____) istniały wątpliwości co do tego, czy Patient/in można udać się w podróż bez ryzyka dla zdrowia? _____
10. Czy pytano Pana/Panią o zdolność do kontynuowania podróży? ☐ Nie ☐ Tak, po raz pierwszy w dniu _____
    ostatnim razem w dniu _____
11. Kiedy (data) radził(a) Pan(i) przerwanie podróży? _____
12. Czy pacjenta/pacjentkę skierowano do specjalisty? ☐ Nie ☐ Tak, w dniu: _____

_____
W tym miejscu prosimy podać nazwisko i adres lekarza specjalisty!

_____ _____
Miejscowość/Data **Pieczęć i podpis lekarza**

HanseMerkur Reiseversicherung AG
Siegfried-Wedells-Platz 1, 20354 Hamburg
Tel.: +49 (0)40 4119-2300, Faks: -3586, www.hmrv.de