

Formularz zgłoszenia szkody z ubezpieczenia NNW dla członków PTTK

Załącznik nr 1

Część A. Wypełnia Ubezpieczony

1. Dane polisy

T 0 5 0 / 0 0 0 4 2 9 / 1 7 / A / 0 0 0 0 0 3

Polisa nr

POLSKIE TOWARZYSTWO TURYSTYCZNO-KRAJOZNAWCZE ZARZĄD GŁÓWNY

Nazwa Ubezpieczającego (lub pieczętka)

00-075 Warszawa, ul. Senatorska 11

2. Dane Ubezpiezonego

Nazwisko i imię

PESEL

Ulica i numer domu

Kod pocztowy

Miejscowość

Telefon stacjonarny

Telefon komórkowy

adres e-mail

Adres korespondencyjny (jeżeli jest inny niż adres zamieszkania)

Ulica i numer domu

Kod pocztowy

Miejscowość

3. Dane Uprawnionego do odbioru świadczenia (w przypadku zgonu Ubezpiezonego)

Nazwisko i imię

PESEL

Ulica i numer domu

Kod pocztowy

Miejscowość

Telefon stacjonarny

Stopień pokrewieństwa

4. Dane dotyczące zdarzenia ubezpieczeniowego

Data wypadku

D D M M R R R R

wypadek na imprezie PTTK lub współorganizowanych przez PTTK wypadek w drodze "na" lub "z" imprezy PTTK lub współorganizowanej przez PTTK wypadek komunikacyjny wypadek w domu inny

Okoliczności i miejsce wypadku

Sopockie Towarzystwo Ubezpieczeń ERGO Hestia Spółka Akcyjna z siedzibą w Sopocie, przy ul. Hestii 1, 81-731 Sopot

wpisana do rejestru przedsiębiorców Krajowego Rejestru Sądowego, prowadzonego przez Sąd Rejonowy Gdańsk-Północ w Gdańsku; VIII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego, pod numerem KRS 0000024812; NIP 585-000-16-90, o kapitale zakładowym 196.580.900 zł, który został opłacony w całości

Czy Ubezpieczony był sprawcą wypadku?*

Tak Nie

Czy Ubezpieczony w chwili wypadku był pod wpływem alkoholu?*

Tak Nie

Kto i gdzie udzielił Ubezpieczonemu pierwszej pomocy bezpośrednio po wypadku?*

Czy Ubezpieczony przebywał w szpitalu w związku z wypadkiem?

Jeżeli tak, należy dołączyć kopię karty leczenia szpitalnego potwierdzoną za zgodność z oryginałem

Tak Nie

Czy był spisany protokół policyjny?

Jeżeli tak, należy dołączyć kopię protokołu potwierdzoną za zgodność z oryginałem

Tak Nie

Adres policji, prokuratury, sądu – jeżeli prowadzone jest postępowanie

5. Dane dotyczące leczenia

Przebieg leczenia (adresy placówek) po wypadku

Data leczenia

1)

od do

2)

od do

3)

od do

Czy leczenie zostało zakończone?

Tak Nie

Jeżeli nie, przewidywana data zakończenia

Czy rehabilitacja została zakończona?

Tak Nie

Jeżeli nie, przewidywana data zakończenia

Nazwisko i adres lekarza leczącego Ubezpieczonego, lekarza pierwszego kontaktu oraz adres przychodni, w której zarejestrowany(a) jest Pan(i) obecnie, a także był(a) poprzednio, jeżeli zmiana miała miejsce w ciągu ostatniego roku.

6. Dane dotyczące zgonu Ubezpieczonego

Data zgonu

Okoliczności i miejsce zgonu

Czy była przeprowadzona sekcja zwłok?

Tak Nie

Jeżeli tak, proszę dołączyć jej wynik

Czy w związku ze śmiercią policja, prokuratura, sąd prowadzi postępowanie wyjaśniające?

Tak Nie

Jeżeli tak, należy dołączyć protokół

Adres policji, prokuratury, sądu – jeżeli prowadzone jest postępowanie.

7. Forma wypłaty świadczenia*

Przelew bankowy

Właściciel konta

Numer konta

Przekaz pocztowy

Adres

Oświadczam, że powyższe informacje są zgodne z prawdą

Miejscowość

Data

Podpis

* prosimy zaznaczyć odpowiednie pole

Część B. Wypełnia Ubezpieczający

Oświadczenie Ubezpieczającego

Oddział PTTK

Potwierdza się, że Ubezpieczony

Nazwisko i imię

PESEL

Adres

był(a) objęty(a) grupowym ubezpieczeniem NNN w STU ERGO Hestia S.A. w dniu zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego.

Data nabycia (opłacenia) lub przyznania znacznka członkowskiego PTTK *

D D M M R R R R
□ □ □ □ □ □ □ □

Miejscowość

D D M M R R R R
□ □ □ □ □ □ □ □

Data

Piasekta placówki/oddziału
PTTK

Podpis osoby składającej
oświadczenie

* dla osoby wyznaczonej do obsługi imprez organizowanych przez PTTK prosimy o potwierdzenie, iż impreza miała miejsce:

Miejsce imprezy

D D M M R R R R
□ □ □ □ □ □ □ □

Data imprezy

Piasekta placówki/oddziału
PTTK

Podpis osoby składającej
oświadczenie

Część C. Oświadczenia Ubezpieczonego (wypełnia Ubezpieczony)

Informujemy, że Sopockie Towarzystwo Ubezpieczeń ERGO Hestia SA w Sopocie jest administratorem danych osobowych, które będą przetwarzane w celu likwidacji szkody, wykonania umowy ubezpieczenia, rozpatrzenia zgłoszonych reklamacji i odwołań i przeciwdziałania przestępstwom ubezpieczeniowym. Administrator danych osobowych wyznaczył Inspektora Ochrony Danych, z którym można się kontaktować we wszystkich sprawach dotyczących przetwarzania danych osobowych. Osoba, której dane dotyczą może skontaktować się z Inspektorem Ochrony Danych poprzez formularz na stronie www.ergohestia.pl, pisemnie, na adres: ul. Hestii 1, 81-731 Sopot lub za pośrednictwem adresu mailowego: iod@ergohestia.pl. Pełna treść oświadczenia administratora danych osobowych dostępna jest na www.ergohestia.pl/rodo-oswiadczenie oraz pod numerem telefonu 800 201 503.

Miejscowość

D D M M R R R R
□ □ □ □ □ □ □ □

Data

Podpis

W przypadku zawarcia umowy ubezpieczenia upoważniam Sopockie Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie ERGO Hestia S.A. do uzyskiwania, na podstawie art. 38 ust. 8 ustawy z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej, od Narodowego Funduszu Zdrowia danych o nazwach i adresach świadczeniodawców, którzy udzielili mi świadczeń opieki zdrowotnej w związku z wypadkiem lub zdarzeniem losowym, będącym podstawą ustalenia odpowiedzialności oraz wysokości odszkodowania lub świadczenia. Z uwagi na niezbędność niniejszego upoważnienia dla celów należytego wykonania umowy ubezpieczenia, tj. do ustalania odpowiedzialności Ubezpieczyciela i wypłaty świadczeń należnych z umowy ubezpieczenia powyższe upoważnienie jest nieodwołalne w okresie trwania umowy ubezpieczenia/ochrony ubezpieczeniowej oraz 3 lat od daty jej zakończenia i obowiązuje również po mojej śmierci. Od wyrażenia zgody na powyższe uzależnia się zawarcie umowy ubezpieczenia/objęcia ochroną ubezpieczeniową.

TAK NIE

Upoważniam Sopockie Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie ERGO Hestia S.A. na podstawie art. 38 ust 6 ustawy z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej, do uzyskiwania, również po mojej śmierci, od każdego z podmiotów wykonujących działalność leczniczą, które udzielały mi świadczeń zdrowotnych informacje o okolicznościach związanych z oceną ryzyka ubezpieczeniowego i weryfikacją podanych przeze mnie danych o moim stanie zdrowia, a w przypadku zawarcia umowy ubezpieczenia, również ustaleniem mojego prawa do świadczenia z zawartej umowy ubezpieczenia i wysokością tego świadczenia. Zakres informacji obejmuje, z wyłączeniem wyników badań genetycznych, informacje o: przyczynach hospitalizacji, wykonywanych w jej trakcie badaniach diagnostycznych i ich wynikach, innych udzielonych świadczeniach zdrowotnych, wynikach leczenia i rokowaniach oraz o wynikach sekcji zwłok, jeżeli zostanie przeprowadzona; przyczynach leczenia ambulatoryjnego, wykonywanych w jego trakcie badaniach diagnostycznych i ich wynikach, innych udzielonych świadczeniach zdrowotnych, wynikach leczenia i rokowaniach; wynikach przeprowadzonych konsultacji; przyczynie śmierci. Z uwagi na niezbędność niniejszego upoważnienia dla celów należytego wykonania umowy ubezpieczenia, tj. do ustalania odpowiedzialności Ubezpieczyciela i wypłaty świadczeń należnych z umowy ubezpieczenia, powyższe upoważnienie jest nieodwołalne w okresie trwania umowy ubezpieczenia/ochrony ubezpieczeniowej oraz 3 lat od daty jej zakończenia. Od wyrażenia zgody na powyższe uzależnia się zawarcie umowy ubezpieczenia/objęcia ochroną ubezpieczeniową.

TAK NIE

Miejscowość

D D M M R R R R
□ □ □ □ □ □ □ □

Data

Podpis

W zakresie określonym w art. 22 ustawy z dnia 11 września 2015r. o działalności ubezpieczeniowej (Dz.U. 2015 poz. 1844) upoważniam ERGO HESTIA S.A. do zasięgnięcia u podmiotów wykonujących działalność leczniczą, które udzielały mi świadczeń zdrowotnych, informacji medycznych dotyczących mojego stanu zdrowia – i wyrażam zgodę na udzielanie tych informacji ERGO HESTIA. W tym samym zakresie upoważniam ERGO HESTIA do zwracania się do innych zakładów ubezpieczeń o udostępnienie przetwarzanych przez te zakłady ubezpieczeń moich danych osobowych i o udzielenie innych niezbędnych informacji, w tym informacji medycznych – i wyrażam zgodę na przetwarzanie przez ERGO HESTIA uzyskanych w ten sposób moich danych osobowych oraz na udzielanie tych informacji ERGO HESTIA. Upoważnienia zawarte w dwóch zdaniach poprzedzających pozostają w mocy także po mojej śmierci.

Miejscowość

D D M M R R R R
□ □ □ □ □ □ □ □

Data

Podpis

Czy wnioskuję Pan/i o przesyłanie przez Sopockie Towarzystwo Ubezpieczeń ERGO Hestia SA w Sopocie korespondencji związanej z wykonywaniem wszystkich czynności ubezpieczeniowych za pomocą środków porozumiewania się na odległość (telefon, e-mail, indywidualne konto internetowe udostępnione przez Ubezpieczyciela) na podane dane kontaktowe, a odpowiedzi na złożone reklamacje na wskazany w danych adres e-mail i zobowiązuję się Pan/i do aktualizacji danych?

TAK NIE

D D M M R R R R
□ □ □ □ □ □ □ □

Miejscowość

Data

Podpis

Sopockie Towarzystwo Ubezpieczeń ERGO Hestia Spółka Akcyjna z siedzibą w Sopocie, przy ul. Hestii 1, 81-731 Sopot

wpisana do rejestru przedsiębiorców Krajowego Rejestru Sądowego, prowadzonego przez Sąd Rejonowy Gdańsk-Północ w Gdańsku; VIII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego, pod numerem KRS 0000024812; NIP 585-000-16-90, o kapitale zakładowym 196.580.900 zł, który został opłacony w całości