

Formularz zgłoszenia szkody z ubezpieczenia NNW dla uczestników imprez PTTK

Załącznik nr 3 do umowy nr TO50/003677/26/A

Część A. Wypełnia Ubezpieczony

1. Dane polisy

□□□□□□□□□□ □□□□

Polisa nr

Nazwa Ubezpieczającego (lub pieczęćka)

2. Dane Ubezpieczonego

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 Ubezpieczonego)

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 <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>
Czy Ubezpieczony w chwili wypadku był pod wpływem alkoholu?*	Tak <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>
Kto i gdzie udzielił Ubezpieczonemu pierwszej pomocy bezpośrednio po wypadku?*		
Czy Ubezpieczony przebywał w szpitalu w związku z wypadkiem? <i>Jeżeli tak, należy dołączyć kopię karty leczenia szpitalnego potwierdzoną za zgodność z oryginałem</i>	Tak <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>
Czy był spisany protokół policyjny? <i>Jeżeli tak, należy dołączyć kopię protokołu potwierdzoną za zgodność z oryginałem</i>	Tak <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>
Adres policji, prokuratury, sądu – jeżeli prowadzone jest postępowanie		

5. Dane dotyczące leczenia

Przebieg leczenia (adresy placówek) po wypadku	Data leczenia
1)	od <input type="text"/> D <input type="text"/> D <input type="text"/> M <input type="text"/> M <input type="text"/> R <input type="text"/> R <input type="text"/> do <input type="text"/> D <input type="text"/> D <input type="text"/> M <input type="text"/> M <input type="text"/> R <input type="text"/> R <input type="text"/>
2)	od <input type="text"/> D <input type="text"/> D <input type="text"/> M <input type="text"/> M <input type="text"/> R <input type="text"/> R <input type="text"/> do <input type="text"/> D <input type="text"/> D <input type="text"/> M <input type="text"/> M <input type="text"/> R <input type="text"/> R <input type="text"/>
3)	od <input type="text"/> D <input type="text"/> D <input type="text"/> M <input type="text"/> M <input type="text"/> R <input type="text"/> R <input type="text"/> do <input type="text"/> D <input type="text"/> D <input type="text"/> M <input type="text"/> M <input type="text"/> R <input type="text"/> R <input type="text"/>
Czy leczenie zostało zakończone?	Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> <small>Jeżeli nie, przewidywana data zakończenia</small> <input type="text"/> D <input type="text"/> D <input type="text"/> M <input type="text"/> M <input type="text"/> R <input type="text"/> R <input type="text"/> R <input type="text"/> R <input type="text"/>
Czy rehabilitacja została zakończona?	Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> <small>Jeżeli nie, przewidywana data zakończenia</small> <input type="text"/> D <input type="text"/> D <input type="text"/> M <input type="text"/> M <input type="text"/> R <input type="text"/> R <input type="text"/> R <input type="text"/> R <input type="text"/>

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	<input type="text"/> D <input type="text"/> D <input type="text"/> M <input type="text"/> M <input type="text"/> R <input type="text"/> R <input type="text"/> R <input type="text"/> R <input type="text"/>
Okoliczności i miejsce zgonu	
Czy była przeprowadzona sekcja zwłok?	
Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/>	Jeżeli tak, proszę dołączyć jej wynik
Czy w związku ze śmiercią policja, prokuratura, sąd prowadzi postępowanie wyjaśniające?	
Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/>	Jeżeli tak, należy dołączyć protokół
Adres policji, prokuratury, sądu – jeżeli prowadzone jest postępowanie.	

7. Forma wypłaty świadczenia*

<input checked="" type="checkbox"/> Przelew bankowy	_____
	Właściciel konta

	Numer konta

<input checked="" type="checkbox"/> Przekaz pocztowy	_____
	Adres

Oświadczam, że powyższe informacje są zgodne z prawdą

_____	<input type="text"/> D <input type="text"/> D <input type="text"/> M <input type="text"/> M <input type="text"/> R <input type="text"/> R <input type="text"/> R <input type="text"/> R <input type="text"/>	_____
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 NNW w STU ERGO Hestia S.A. w dniu zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego.

Data nabycia (opłacenia) lub przyznania znaczka członkowskiego PTTK *

D D M M R R R R

Data

Miejscowość

Piaczętka 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

oraz w/w osoba była wyznaczona do obsługi tej imprezy

Piaczętka placówki/oddziału PTTK

Podpis osoby składającej oświadczenie

Część C. Oświadczenia Ubezpiezonego (wypełnia Ubezpieczony)

Wyrażam zgodę na przetwarzanie przez Sopockie Towarzystwo Ubezpieczeń ERGO Hestia Spółka Akcyjna z siedzibą w Sopocie, przy ul. Hestii 1, 81-731 Sopot (zwane dalej „ERGO HESTIA”), moich danych osobowych zawartych w niniejszym formularzu oraz w innych dokumentach przekazanych ERGO HESTIA, dla celów związanych z obsługą zgłoszonego roszczenia. Zostałem(am) poinformowany(na) o tym, że ERGO HESTIA jest administratorem moich danych osobowych.

Miejscowość

D D M M R R R R

Data

Podpis

Jestem świadomy(a) dobrowolności udostępniania moich danych. Ponadto przyjmuję do wiadomości, iż mam prawo wglądu do moich danych oraz ich poprawiania. Zgoda na przetwarzanie moich danych osobowych obejmuje także przetwarzanie tych danych w przyszłości, o ile nie zmieni się cel przetwarzania tych danych.

Miejscowość

D D M M R R R R

Data

Podpis

W zakresie określonym w art. 22 ustawy z dnia 22 maja 2003 r. o działalności ubezpieczeniowej (t. jedn. Dz.U. z 2010 r. nr 11, poz. 66 z późn. zm.) 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

Oświadczam, iż przesłane przeze mnie kopie dokumentów są zgodne z oryginałami, które posiadam. Zdaję sobie sprawę z faktu, iż w przypadku podania informacji nieprawdziwych lub zatajenia informacji prawdziwych AXA TUIR S.A. może odmówić wypłaty świadczenia ubezpieczeniowego na zasadach określonych w ogólnych warunkach ubezpieczenia i kodeksie cywilnym. Ponadto oświadczam, iż wiem, że podrobienie lub przerobienie dokumentu lub postużenie się takim dokumentem jako autentycznym jest występkiem w świetle kodeksu karnego.

Miejscowość

D D M M R R R R

Data

Podpis

Wyrażam zgodę na przekazywanie mi informacji dotyczących niniejszego wniosku (w tym informacji o rejestracji roszczenia oraz konieczności uzupełnienia okumentacji, informacji o statusie roszczenia, decyzji o wypłacie lub odmowie wypłaty świadczenia) za pośrednictwem poczty elektronicznej, na podany przeze mnie adres e-mail. Decyzja o wypłacie lub odmowie wypłaty świadczenia zostanie przekazana na piśmie jedynie na wniosek Ubezpiezonego.

Miejscowość

D D M M R R R R

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