

Formularz zgłoszenia szkody z ubezpieczenia NNW dla członków PTTK

Załącznik nr 1 do Umowy Ubezpieczenia nr T050/002126/22/A

Część A. Wypełnia Ubezpieczony

1. Dane polisy

T 0 5 0 / 0 0 2 1 2 6 / 2 2 / A / 0 0 0 0 0 2

Polisa nr

POLSKIE TOWARZYSTWO TURYSTYCZNO-KRAJOZNAWCZE ZARZĄD GŁÓWNY

Nazwa Ubezpieczającego (lub pieczęć)

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

Numer KRS 0000024812 Sądu Rejonowego Gdańsk-Północ w Gdańsku, VIII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego. NIP 585-000-16-90. Wysokość kapitału zakładowego, który został opłacony w całości: 196.580.900 zł.

Sopockie Towarzystwo Ubezpieczeń ERGO Hestia SA posiada status dużego przedsiębiorcy w rozumieniu ustawy z dnia 8 marca 2013r. o przeciwdziałaniu nadmiernym opóźnieniom w transakcjach handlowych.

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 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> do <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
2)	od <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> do <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
3)	od <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> do <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Czy leczenie zostało zakończone? Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/>	Jeżeli nie, przewidywana data zakończenia <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Czy rehabilitacja została zakończona? Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/>	Jeżeli nie, przewidywana data zakończenia <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <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

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 znaczką członkowskiego PTTK *

D D M M R R R R R
| | | | | | | |

Miejscowość _____ Data _____ Piaczka 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 _____ Data imprezy _____

oraz w/w osoba była wyznaczona do obsługi tej imprezy

Piaczka 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 _____ 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 _____ 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 zasięgania 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 _____ 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 ERGO HESTIA 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 posłużenie się takim dokumentem jako autentycznym jest występkiem w świetle kodeksu karnego.

Miejscowość _____ 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 _____ Data _____ Podpis _____

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

Numer KRS 0000024812 Sądu Rejonowego Gdańsk-Północ w Gdańsku, VIII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego. NIP 585-000-16-90. Wysokość kapitału zakładowego, który został opłacony w całości: 196.580.900 zł.

Sopockie Towarzystwo Ubezpieczeń ERGO Hestia SA posiada status dużego przedsiębiorcy w rozumieniu ustawy z dnia 8 marca 2013r. o przeciwdziałaniu nadmiernym opóźnieniom w transakcjach handlowych.

Oświadczenie Administratora Danych Osobowych

1. Administratorem danych osobowych jest Sopockie Towarzystwo Ubezpieczeń ERGO Hestia S.A. Osoba, której dane dotyczą może skontaktować się z administratorem danych osobowych:
 - 1) pisemnie, na adres ul. Hestii 1, 81-731 Sopot;
 - 2) telefonicznie, pod numerem: 801 107 107 lub (58) 555 55 55.
2. Administrator danych osobowych wyznaczył Inspektora Ochrony Danych, z którym można się kontaktować we wszystkich sprawach dotyczących przetwarzania danych osobowych oraz korzystania z praw związanych z przetwarzaniem danych. Osoba, której dane dotyczą może skontaktować się z Inspektorem Ochrony Danych:
 - 1) pisemnie, na adres: ul. Hestii 1, 81-731 Sopot;
 - 2) za pośrednictwem adresu mailowego: iod@ergohestia.pl;
 - 3) poprzez formularz w sekcji Ochrona Danych Osobowych na stronie www.ergohestia.pl.
3. Administrator danych osobowych przetwarza dane osobowe w celu oceny ryzyka ubezpieczeniowego, przedstawienia oferty umowy ubezpieczenia, a w przypadku zawarcia umowy ubezpieczenia, w celu jej wykonania, reasekuracji i koasekuracji ryzyk, rozpatrywania zgłoszonych reklamacji, marketingu bezpośredniego produktów i usług własnych administratora danych osobowych, prawnie uzasadnionych interesów administratora danych osobowych oraz dochodzenia roszczeń z tytułu zawartej umowy ubezpieczenia.
4. W celu ustalenia wysokości składki ubezpieczeniowej stosowane jest profilowanie:
 - 1) decyzje związane z profilowaniem będą podejmowane na podstawie danych zebranych w procesie zawarcia umowy ubezpieczenia, a w przypadku ubezpieczeń komunikacyjnych, również na podstawie informacji uzyskanych za pośrednictwem Ubezpieczeniowego Funduszu Gwarancyjnego;
 - 2) w przypadku zawarcia umowy na odległość, decyzje będą podejmowane automatycznie (bez udziału człowieka) na podstawie danych zebranych w procesie zawarcia umowy ubezpieczenia oraz informacji uzyskanych za pośrednictwem Ubezpieczeniowego Funduszu Gwarancyjnego;
 - 3) w przypadku odnowienia umowy ubezpieczenia decyzje będą podejmowane automatycznie na podstawie danych zebranych podczas zawarcia i wykonania poprzedniej umowy ubezpieczenia.Dla przykładu, im więcej szkód miało miejsce w historii ubezpieczenia, tym większe może być ryzyko ubezpieczeniowe i w związku z tym składka ubezpieczeniowa może być wyższa;
 - 4) pod warunkiem udzielenia odrębnej zgody, przy ocenie ryzyka ubezpieczeniowego mogą zostać uwzględnione dane uzyskane za pośrednictwem Biura Informacji Kredytowej oraz Krajowego Rejestru Długów.W przypadku marketingu bezpośredniego produktów i usług własnych administratora danych osobowych profilowanie będzie stosowane w celu opracowania profilu marketingowego i dopasowania indywidualnej oferty.
5. Podstawą prawną przetwarzania danych osobowych:
 - 1) w celu oceny ryzyka ubezpieczeniowego, zawarcia i wykonania umowy ubezpieczenia, reasekuracji i koasekuracji ryzyk jest niezbędność do zawarcia i wykonania umowy ubezpieczenia;
 - 2) w celu marketingu bezpośredniego produktów i usług własnych administratora oraz dochodzenia roszczeń z tytułu zawartej umowy ubezpieczenia jest prawnie uzasadniony interes administratora danych osobowych;
 - 3) w celu rozpatrywania zgłoszonych reklamacji oraz w celu przeciwdziałania przestępstwom ubezpieczeniowym są ciężące na administratorze danych osobowych obowiązki wynikające z przepisów prawa;
 - 4) w przypadku udzielenia odrębnej zgody, na cele inne niż wskazane powyżej, będzie ona podstawą prawną przetwarzania.
6. Dane osobowe mogą być przekazywane: podmiotom przetwarzającym dane osobowe na zlecenie ERGO Hestii, zakładom reasekuracji, innym zakładom ubezpieczeń na potrzeby koasekuracji oraz innym administratorom danych osobowych, jeśli mają prawnie uzasadniony interes. Za inne podmioty przetwarzające dane osobowe na zlecenie ERGO Hestii uważa się przede wszystkim: dostawców usług informatycznych, podmioty przetwarzające dane w celu windykacji należności, podmioty świadczące usługi archiwizacyjne, podmioty świadczące usługi w ramach pomocy Assistance, podmioty przeprowadzające postępowanie likwidacyjne, bądź biorące w nim udział, oraz pośredników ubezpieczeniowych. W przypadku wyrażenia odrębnej zgody dane osobowe mogą być przekazane innym zakładom ubezpieczeń w celu marketingu bezpośredniego ich produktów i usług.
7. ERGO Hestia prześle dane osobowe do odbiorców znajdujących się w państwach poza Europejskim Obszarem Gospodarczym, jeżeli okaże się to niezbędne do wykonania zawartej umowy ubezpieczenia. ERGO Hestia zapewni odpowiednie zabezpieczenie tych danych. Osoba, której dane dotyczą, może żądać wydania kopii przekazanych danych oraz wskazania miejsca ich udostępnienia. W tej sprawie należy się skontaktować z administratorem danych osobowych lub z Inspektorem Ochrony Danych.
8. Osoby, których dane osobowe przetwarzane są przez ERGO Hestię, mają w związku z przetwarzaniem następujące prawa:
 - 1) prawo dostępu do swoich danych osobowych;
 - 2) prawo żądania sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania ich danych osobowych;
 - 3) prawo wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych osobowych – w takim zakresie, w jakim są one przetwarzane na potrzeby marketingu bezpośredniego, w tym profilowania;
 - 4) prawo do przenoszenia danych osobowych, tj. do otrzymania od administratora danych osobowych w ustrukturyzowanym, powszechnie używanym formacie nadającym się do odczytu maszynowego oraz prawo przesłania ich do innego administratora;
 - 5) prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego zajmującego się ochroną danych osobowych;
 - 6) prawo do wycofania zgody, bez wpływu na zgodność z prawem czynności podjętych przed jej wycofaniem;
 - 7) w przypadku podejmowania decyzji w sposób automatyczny, prawo do jej zakwestionowania oraz wyrażenia własnego stanowiska lub żądania interwencji człowieka, celem ponownej analizy danych oraz uzyskania indywidualnej decyzji.
9. W celu skorzystania z praw określonych w punkcie 8 należy skontaktować się z administratorem danych osobowych lub z Inspektorem Ochrony Danych.
10. W przypadku zawarcia umowy ubezpieczenia dane osobowe będą przechowywane do momentu przedawnienia roszczeń z tytułu tej umowy lub do momentu wygaśnięcia obowiązku przechowywania danych, wynikającego z przepisów prawa, w szczególności obowiązku przechowywania dokumentów księgowych dotyczących umowy ubezpieczenia. Jeśli nie doszło do zawarcia umowy ubezpieczenia, w przypadku udzielenia odrębnej zgody, dane osobowe będą wykorzystywane do celów marketingu produktów i usług własnych administratora danych osobowych, do momentu wycofania zgody na przetwarzanie danych w tym celu.
11. Podanie danych osobowych jest konieczne do dokonania oceny ryzyka ubezpieczeniowego oraz do zawarcia i wykonywania umowy ubezpieczenia. Niepodanie danych osobowych będzie skutkowało brakiem możliwości zawarcia umowy ubezpieczenia. W przypadku udzielenia odrębnej zgody na przetwarzanie danych osobowych w celach marketingowych podanie ich jest dobrowolne.