

# Formularz zgłoszenia szkody z ubezpieczenia NNW dla członków PTTK

Załącznik nr 1 do Umowy Ubezpieczenia nr T050/003642/26/A

## Część A. Wypełnia Ubezpieczony

### 1. Dane polisy

T 0 5 0 0 3 6 4 2 2 6 A 0 0 0 0 1

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**

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* Tak  Nie

Czy był spisany protokół policyjny? Tak  Nie

Adres policji, prokuratury, sądu – jeżeli prowadzone jest postępowanie

## 5. Dane dotyczące leczenia

Przebieg leczenia (adresy placówek) po wypadku

1) Data leczenia 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. Oświadczenia Ubezpieczonego (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.

\_\_\_\_\_ 

D D M M R R R R
<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Data

 \_\_\_\_\_  
Miejscowość 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.*

\_\_\_\_\_ 

D D M M R R R R
<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Data

 \_\_\_\_\_  
Miejscowość 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.*

\_\_\_\_\_ 

D D M M R R R R
<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Data

 \_\_\_\_\_  
Miejscowość 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.*

\_\_\_\_\_ 

D D M M R R R R
<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Data

 \_\_\_\_\_  
Miejscowość 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 Ubezpieczonego.*

\_\_\_\_\_ 

D D M M R R R R
<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Data

 \_\_\_\_\_  
Miejscowość 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

**Załącznik do Formularza zgłoszenia szkody z ubezpieczenia NNW dla członków PTTK**  
**T050/003642/26/A**

**Oświadczenie Ubezpieczającego - Oddziału PTTK**

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  
□ □ □ □ □ □ □ □

\_\_\_\_\_  
Miejscowość

D D M M R R R R  
□ □ □ □ □ □ □ □  
Data

\_\_\_\_\_  
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