



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? Tak  Nie

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

Czy był spisany protokół policyjny? Tak  Nie

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

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 znaczka członkowskiego PTTK \*

D D M M R R R R

Miejscowość \_\_\_\_\_ Data  Piaczątko 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

Piaczątko placówki/oddziału PTTK \_\_\_\_\_ Podpis osoby składającej oświadczenie \_\_\_\_\_

**Część C. 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.

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 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 \_\_\_\_\_ 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 Ubezpieczonego.

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