

Formularz zgłoszenia szkody z ubezpieczenia NNW dla członków PTTK

Załącznik nr 1 do Umowy Ubezpieczenia nr TO50/003642/26/A

Część A. Wypełnia Ubezpieczony

1. Dane polisy

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

Polisa nr

Nazwa Ubezpieczającego (lub pieczętka)

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? Tak Nie

Jeżeli tak, należy dołączyć kopię karty leczenia szpitalnego

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 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

Załącznik do Formularza zgłoszenia szkody z ubezpieczenia NNW dla członków PTTK
TO50/003642/26/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