

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 DDMMRR do DDMMRR

2) od DDMMRR do DDMMRR

3) od DDMMRR do DDMMRR

Czy leczenie zostało zakończone? Tak Nie Jeżeli nie, przewidywana data zakończenia
DDMMRRRR

Czy rehabilitacja została zakończona? Tak Nie Jeżeli nie, przewidywana data zakończenia
DDMMRRRR

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
DDMMRRRR

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

DDMMRRRR
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 _____ Piątka 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

Piątka placówki/oddziału PTTK _____ Podpis osoby składającej oświadczenie _____

Część C. Oświadczenia Ubezpiezonego (wypełnia Ubezpieczony)

Informujemy, że Sopockie Towarzystwo Ubezpieczeń ERGO Hestia SA w Sopocie jest administratorem danych osobowych, które będą przetwarzane w celu likwidacji szkody, wykonania umowy ubezpieczenia, rozpatrzenia zgłoszonych reklamacji i odwołań i przeciwdziałania przestępstwom ubezpieczeniowym. Administrator danych osobowych wyznaczył Inspektora Ochrony Danych, z którym można się kontaktować we wszystkich sprawach dotyczących przetwarzania danych osobowych. Osoba, której dane dotyczą może skontaktować się z Inspektorem Ochrony Danych poprzez formularz na stronie www.ergohestia.pl, pisemnie, na adres: ul. Hestii 1, 81-731 Sopot lub za pośrednictwem adresu mailowego: iod@ergohestia.pl. Pełna treść oświadczenia administratora danych osobowych dostępna jest na www.ergohestia.pl/rodo-oswiadczenie oraz pod numerem telefonu 800 201 503.

Miejscowość _____ Data _____ Podpis _____

W przypadku zawarcia umowy ubezpieczenia upoważniam Sopockie Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie ERGO Hestia S.A. do uzyskiwania, na podstawie art. 38 ust. 8 ustawy z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej, od Narodowego Funduszu Zdrowia danych o nazwach i adresach świadczeniodawców, którzy udzielili mi świadczeń opieki zdrowotnej w związku z wypadkiem lub zdarzeniem losowym, będącym podstawą ustalenia odpowiedzialności oraz wysokości odszkodowania lub świadczenia. Z uwagi na niezbędność niniejszego upoważnienia dla celów należytego wykonania umowy ubezpieczenia, tj. do ustalania odpowiedzialności Ubezpieczyciela i wypłaty świadczeń należnych z umowy ubezpieczenia powyższe upoważnienie jest nieodwołalne w okresie trwania umowy ubezpieczenia/ochrony ubezpieczeniowej oraz 3 lat od daty jej zakończenia i obowiązuje również po mojej śmierci. Od wyrażenia zgody na powyższe uzależnia się zawarcie umowy ubezpieczenia/objęcia ochroną ubezpieczeniową. tak nie

Upoważniam Sopockie Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie ERGO Hestia S.A. na podstawie art. 38 ust. 6 ustawy z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej, do uzyskiwania, również po mojej śmierci, od każdego z podmiotów wykonujących działalność leczniczą, które udzielały mi świadczeń zdrowotnych informacje o okolicznościach związanych z oceną ryzyka ubezpieczeniowego i weryfikacją podanych przeze mnie danych o moim stanie zdrowia, a w przypadku zawarcia umowy ubezpieczenia, również ustaleniem mojego prawa do świadczenia z zawartej umowy ubezpieczenia i wysokością tego świadczenia. Zakres informacji obejmuje, z wyłączeniem wyników badań genetycznych, informacje o: przyczynach hospitalizacji; wykonywanych w jej trakcie badaniach diagnostycznych i ich wynikach, innych udzielonych świadczeniach zdrowotnych, wynikach leczenia i rokowaniach oraz o wynikach sekcji zwłok, jeżeli zostanie przeprowadzona; przyczynach leczenia ambulatoryjnego, wykonywanych w jego trakcie badaniach diagnostycznych i ich wynikach, innych udzielonych świadczeniach zdrowotnych, wynikach leczenia i rokowaniach; wynikach przeprowadzonych konsultacji; przyczynie śmierci. Z uwagi na niezbędność niniejszego upoważnienia dla celów należytego wykonania umowy ubezpieczenia, tj. do ustalania odpowiedzialności Ubezpieczyciela i wypłaty świadczeń należnych z umowy ubezpieczenia, powyższe upoważnienie jest nieodwołalne w okresie trwania umowy ubezpieczenia/ochrony ubezpieczeniowej oraz 3 lat od daty jej zakończenia. Od wyrażenia zgody na powyższe uzależnia się zawarcie umowy ubezpieczenia/objęcia ochroną ubezpieczeniową. tak nie

Miejscowość _____ Data _____ Podpis _____

Czy wnioskuję Pan/i o przesyłanie przez Sopockie Towarzystwo Ubezpieczeń ERGO Hestia SA w Sopocie korespondencji związanej z wykonywaniem wszystkich czynności ubezpieczeniowych za pomocą środków porozumiewania się na odległość (telefon, e-mail, indywidualne konto internetowe udostępnione przez Ubezpieczyciela) na podane dane kontaktowe, a odpowiedzi na złożone reklamacje na wskazany w danych adres e-mail i zobowiązuję się Pan/i do aktualizacji danych? tak nie

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