więcej / niż standard

# Formularz zgłoszenia szkody z ubezpieczenia NNW dla członków PTTK

**Załącznik nr 1**

## Część A. Wypełnia Ubezpieczony

### 1. Dane polisy

Polisa nr

Nazwa Ubezpieczającego (lub pieczątka)

### 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

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 D D M M R R do D D M M R R

2) od D D M M R R do D D M M R R

3) od D D M M R R do D D M M R R

Czy leczenie zostało zakończone? Tak ☐ Nie ☐ Jeżeli nie, przewidywana data zakończenia D D M M R R R R

Czy rehabilitacja została zakończona? Tak ☐ Nie ☐ Jeżeli nie, przewidywana data zakończenia D D M M R R R R

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
D D M M R R R R

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

D D M M R R R R

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 NNW w AXA TUiR 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

Piaczątka 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

Piaczątka placówki/oddziału PTTK

Podpis osoby składającej oświadczenie

## Część C. Oświadczenia Ubezpieczonego (wypełnia Ubezpieczony)

*Wyrażam zgodę na przetwarzanie przez AXA Towarzystwo Ubezpieczeń i Reasekuracji S.A., z siedzibą w Warszawie przy ul. Chłodnej 51 („Towarzystwo"), moich danych osobowych zawartych w niniejszym formularzu oraz w oraz innych dokumentach przekazanych Towarzystwu, dla celów związanych z obsługą zgłoszonego roszczenia. Zostałem(am) poinformowany(na) o tym, że Towarzystwo jest administratorem moich danych osobowych.*

D D M M R R R R

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.*

D D M M R R R R

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 poźn. zm.) upoważniam Towarzystwo 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 Towarzystwu. W tym samym zakresie upoważniam Towarzystwo 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 Towarzystwo uzyskanych w ten sposób moich danych osobowych oraz na udzielanie tych informacji Towarzystwu. Upoważnienia zawarte w dwóch zdaniach poprzedzających pozostają w mocy także po mojej śmierci.*

D D M M R R R R

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 AXA TUiR S.A. 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

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.*

D D M M R R R R

Miejscowość | Data | Podpis