



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 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

Miejsce wypadku

D D M M R R R R

Rodzaj wypadku

- wypadek w pracy wypadek komunikacyjny wypadek w domu inny

Okoliczności wypadku

AXA Towarzystwo Ubezpieczeń i Reasekuracji S.A.

ul. Chłodna 51, 00-867 Warszawa, tel. 022 555 00 00, fax 022 555 05 00, www.axa.pl

Prezes Zarządu – Maciej Szwarc, Członkowie Zarządu – Janusz Arczewski, Piotr Sztuba, Mariusz Wójcik

Organ rejestrowy: Sąd Rejonowy dla m.st. Warszawy, XII Wydział Gospodarczy KRS, Nr KRS 38616; NIP 521-10-36-865; Kapitał zakładowy: 73 811 500 zł – wpłacony w całości

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

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. Wypełnia Ubezpieczający

Oświadczenie Ubezpieczającego

Oddział PTTK

Potwierdza się, że Ubezpieczony

Nazwisko i imię _____ PESEL _____

Adres _____

był(a) objęty(a) grupowym ubezpieczeniem NNN 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 _____ Data _____ Piaczka 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

Piaczka placówki/oddziału PTTK _____ Podpis osoby składającej oświadczenie _____

Część C. Oświadczenia Ubezpiezonego (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 innych dokumentach przekazanych Towarzystwu, dla celów związanych z obsługą zgłoszonego roszczenia. Zostałem(am) poinformowany(na) o tym, że Towarzystwo 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 Towarzystwo do zasięgania u podmiotów wykonujących działalność leczniczą, które udzielały mi świadczeń zdrowotnych, informacji medycznych dotyczących mojego stanu zdrowia – i wyrażam zgodę na udzielenie 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 udzielenie tych informacji Towarzystwu. Upoważnienia zawarte w dwóch zdaniach poprzedzających pozostają w mocy także po mojej śmierci - w umowie zresztą jest zapis, Ubezpieczony zobowiązany jest do złożenia takiego oświadczenia (par. 8 ust. 6);

Miejscowość _____ Data _____ Podpis _____