



ZGŁOSZENIE SZKODY – KOSZTY ODWOŁANIA PODRÓŻY
CLAIM FORM – CANCELLATION EXPENSES

NR SZKODY
CLAIM NO.

wypełnia STU Ergo Hestia SA

DANE OSOBOWE
Personal details

Nazwisko Surname					
Imię (imiona) Forename(s)					
Adres domowy: Home address:	Ulica Street	Nr No.	Kod pocztowy Postcode	Miejscowość City	Kraj Country
Nr telefonu: Telephone No.:	do pracy work	do domu home		Data urodzenia (DD:MM:RRRR) Date of Birth	

DANE DOTYCZĄCE POLISY
Policy details

Nr polisy/certyfikatu ubezpieczenia Policy/insurance certificate no.	Data wystawienia polisy/certyfikatu (DD:MM:RRRR) Date of issue
Rodzaj ubezpieczenia Type of insurance	Data rezerwacji podróży (DD:MM:RRRR) Date of booking
Data rozpoczęcia podróży (DD:MM:RRRR) Date of departure	Data zakończenia podróży (DD:MM:RRRR) Date of return

SZCZEGÓŁY DOTYCZĄCE SZKODY
Claim details

Przyczyna odwołania podróży Reason for cancellation	Imiona i nazwiska wszystkich osób odwołujących podróż Names of all persons cancelling
Data powiadomienia o odwołaniu podróży pośrednika turystycznego lub organizatora Date travel agent or tour operator was informed about cancellation	Jeśli odwołanie podróży wiąże się z osobą, która nie rezerwowała wycieczki, proszę podać dane tej osoby If cancellation was due to a person not booked to travel please state name and relationship
Ustnie Verbally	Imię i nazwisko Full name
Na piśmie In writing	Pokrewieństwo Relationship

Rozliczenie kosztów odwołania podróży
Settlement of cancellation expenses

Kwota zapłacona pośrednikowi/organizatorowi Total paid to agent/operator
Opłata za odwołanie podróży Cancellation fee
Zwrot otrzymany od pośrednika/organizatora Refund given by agent/operator



EHM01020730221105

ZAŚWIADCZENIE MEDYCZNE

Medical Certificate

NINIEJSZE INFORMACJE BĘDĄ TRAKTOWANE JAKO POUFNE. This information will be treated as PRIVATE AND CONFIDENTIAL

1. Imię i nazwisko chorego:	
2. PESEL:	
3. Diagnoza:	
4. Imię, nazwisko i adres lekarza rodzinnego:	
5. Nazwa i adres szpitala/placówki służby zdrowia, pod opieką której poszkodowany przebywał podczas zachorowania będącego przyczyną rezygnacji.	
6. W związku z roszczeniami o wypłatę odszkodowania za koszty rezygnacji z imprezy turystycznej zobowiązuję się dostarczyć w ciągu 14 dni pełną dokumentację medyczną związaną z zachorowaniem, które było przyczyną rezygnacji z wyjazdu.	
7. W razie stwierdzenia przez Sopockie Towarzystwo Ubezpieczeń Ergo Hestia SA konieczności dostarczenia dodatkowych danych dotyczących zachorowania oświadczam, że w związku z zaistniałą szkodą, w wyniku której toczy się postępowanie o wypłatę świadczenia przez STU Ergo Hestia SA wyrażam zgodę na zasięgnięcie przez osobę upoważnioną przez STU Ergo Hestia SA od podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych, z którego porad i usług korzystałem, informacji o moim stanie zdrowia, które mogą mieć wpływ na ustalenie moich praw do świadczenia lub wysokości świadczenia z tytułu umowy ubezpieczenia.	
Powyższe oświadczenie składam w związku z dyspozycją art. 22 ust. 3 ustawy z dn. 22 maja 2003 roku o działalności ubezpieczeniowej (Dz.U. nr 124, poz. 1151), art. 18 ust. 3 pkt 8 ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 roku o zakładach opieki zdrowotnej (Dz.U. nr 91 poz. 408 z późn. zm.) art. 27 ust. 2 pkt 1 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 roku o ochronie danych osobowych (Dz.U. nr 101 poz. 926 z późn. zm.).	
Miejscowość, data	Podpis

Oświadczenie i podpis osoby występującej z roszczeniem
Claimants declaration and signature

1) Oświadczam, iż informacje podane powyżej w odniesieniu do roszczenia (roszczeń) wysuniętych przeze mnie są zgodne z prawdą i stanem faktycznym.	STU Ergo Hestia SA dalszych informacji w zakresie historii choroby dotyczącej mojej osoby.	
2) Zgodnie z moją najlepszą wiedzą i przekonaniem nie pominęłam (pominęłam) żadnej istotnej informacji, która mogłaby mieć wpływ na ocenę niniejszego roszczenia przez Ubezpieczyciela.	5) Zdaję sobie sprawę, iż roszczenie ubezpieczeniowe zgłoszone ze świadomością, że jakkolwiek jego element jest fałszywy, jest przestępstwem i może spowodować odmowę wypłaty odszkodowania oraz pociągnięcie mnie do odpowiedzialności karnej.	
3) Potwierdzam, że w przypadku roszczenia lub roszczeń wysuwanych (ego)(ych) w odniesieniu do innych osób, jestem w pełni upoważnion(y)(a) do działania w ich imieniu; stwierdzam również, że osoby te zostały poinformowane, że STU Ergo Hestia SA nie będzie ponosiło żadnej odpowiedzialności, jeśli wypłaty nie zostaną rozdzielone proporcjonalnie zainteresowanym osobom.	6) Przyjmując do wiadomości treść niniejszego punktu, jestem świadomy, że STU Ergo Hestia SA zachowa w formie elektronicznej zapis niniejszego roszczenia i że może wyjawiać pewne informacje innym Ubezpieczycielom bądź innym stronom zainteresowanym. Wszelkie dane są przechowywane przez STU Ergo Hestia SA zgodnie z przepisami Ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (DZ. U. Nr 133 poz. 883 z późn. zmianami).	
4) Udzielam niniejszym mojej zgody lekarzowi bądź władzom/instytucjom wymienionym w niniejszym formularzu na udostępnienie		
Odszkodowanie proszę przekazać na rachunek bankowy:		
.....		
Nazwa banku. Oddział	Pełny numer rachunku	
.....		
Właściciel rachunku		
Zapoznał(em)(am) się z powyższymi oświadczeniami i w pełni je rozumiem.		
Imię i nazwisko osoby występującej z roszczeniem Claimant full name	Podpis osoby występującej z roszczeniem Claimant signature	Data Date



EHM02020730221105