

ZGŁOSZENIE SZKODY Z UBEZPIECZENIA KOSZTÓW LECZENIA I ASSISTANCE

Prosimy o dokładne wypełnienie poniższego formularza i dostarczenie drogą korespondencyjną bezpośrednio na adres SIGNAL IDUNA Polska TU S.A. lub za pośrednictwem biura podróży. Zgłoszenia elektroniczne prosimy kierować na adres: info.likwidacja@signal-iduna.pl.

Adres do korespondencji:
SIGNAL IDUNA Polska TU S.A., Zespół Obsługi Roszczeń Turystycznych
ul. Przyokopowa 31, 01-208 Warszawa; tel. 22 505 61 60

1. DANE OSOBOWE UBEZPIECZONEGO

1. Nazwisko i imię:

2. Adres:
kod pocztowy miejscowość ulica, nr domu/ mieszkania telefon

3. Adres do korespondencji:

4. Adres e-mail:

5. Data urodzenia:
dzień miesiąc rok imiona rodziców

Czy wyraża Pani/Pan zgodę na przesyłanie korespondencji odnośnie zgłoszonego roszczenia drogą elektroniczną (e-mail, sms)? ☐ Tak ☐ Nie

2. DANE O POLISIE

6. Nr polisy: ważna od do
dzień miesiąc rok dzień miesiąc rok

7. Ubezpieczający / Biuro podróży:

3. INFORMACJE O SZKODZIE

8. Data rozpoczęcia podróży: Data zakończenia podróży:
dzień miesiąc rok dzień miesiąc rok

9. Zdarzenie:
dzień miesiąc rok miejscowość kraj

10. Przyjęcie Ubezpieczonego do leczenia:
dzień miesiąc rok godzina

11. Czy sprawa została zgłoszona do Centrali Alarmowej? ☐ Tak ☐ Nie

12. Szczegółowy opis zachorowania/ wypadku, włącznie z charakterem obrażeń ciała:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

13. Nazwy i adresy placówek medycznych, w których Ubezpieczony leczył się przed zachorowaniem / wypadkiem:

.....

.....

14. Nazwy i adresy placówek medycznych, w których Ubezpieczony leczył się po zachorowaniu / wypadku:

.....

.....

15. Kto i gdzie udzielił Ubezpieczonemu pierwszej pomocy medycznej?

.....

16. Nazwisko i imię oraz adres lekarza który udzielił pierwszej pomocy za granicą. :

.....

17. Jeżeli zdarzenie dotyczyło wypadku komunikacyjnego, prosimy podać nr rejestracyjny samochodu i komisariat policji, na który sprawa została zgłoszona:

.....

18. Jeśli są świadkowie zdarzenia, to podać nazwiska i imiona oraz ich adresy:

.....

.....

.....

19. Wielkość szkody:

20. Czy posiada Pan/ Pani inną polisę obejmującą ochroną ubezpieczeniową to zdarzenie?

☐ Tak ☐ Nie

Jeśli tak, to prosimy podać:

nazwę zakładu ubezpieczeń: nr polisy:

21. Czy zgłosił/a Pan/ Pani szkodę z kosztów leczenia do innej firmy ubezpieczeniowej?

☐ Tak ☐ Nie

Jeśli tak, to prosimy podać:

nazwę zakładu ubezpieczeń:

22. Oświadczam, że nie będę dochodził/a roszczeń od innych zakładów ubezpieczeń, dotyczących rachunków, które zostały zrefundowane – w oparciu o KC art. 824.1.

4. INFORMACJE DOTYCZĄCE PRZETWARZANIA DANYCH OSOBOWYCH

Kto jest administratorem Twoich danych osobowych:

SIGNAL IDUNA Polska Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. z siedzibą przy ul. Przyokopowej 31 w Warszawie (01-208).

Kontakt: email: info@signal-iduna.pl, formularz kontaktowy pod adresem www.signal-iduna.pl, tel. +48 22 505 65 06 lub kierując pismo na powyższy adres siedziby. W sprawach dotyczących przetwarzania danych osobowych możesz skontaktować się bezpośrednio z naszym inspektorem ochrony danych: email: iod@signal-iduna.pl lub kierując pismo na powyższy adres siedziby.

Czyje dane przetwarzamy:

- osoby zgłaszające roszczenie,
- innych osób uprawnionych z umowy ubezpieczenia oraz osób podanych w zgłoszeniu roszczenia, których posiadane przez nas dane nie zawsze pozwalają na przekazanie informacji na temat przetwarzania danych. W takim wypadku prosimy osobę podającą dane o przekazanie ww. osobom niniejszej informacji na temat przetwarzania danych. Dodatkowo informacja ta jest umieszczona pod adresem: www.signal-iduna.pl/przetwarzanie-danych-osobowych

- ustalenie przyczyn i okoliczności zdarzenia losowego, odpowiedzialności Administratora, zasadności zgłoszonych roszczeń, rozmiaru szkody i wysokości należnego świadczenia, spełnienia/wypłaty świadczenia lub odszkodowania należnego w wyniku wystąpienia zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową wobec osoby uprawnionej do świadczenia. Podstawą prawną przetwarzania danych jest art. 6 ust. 1 lit. b) i c) lub art. 9 ust. 2 lit. f) i g) RODO,
- dochodzenie roszczeń regresowych lub roszczeń z tytułu nienależnie wypłaconego świadczenia, podejmowanie czynności w związku z przeciwdziałaniem popełnienia przestępstwa na szkodę zakładu ubezpieczeń, co stanowi prawnie uzasadniony interes Administratora. Podstawą prawną jest art. 6 ust. 1 lit. f) RODO,
- reasekuracja ryzyk – podstawą prawną przetwarzania danych jest art. 6 ust. 1 lit. f) RODO, jakim jest ograniczenie ryzyka ubezpieczeniowego związanego z zawartą umową ubezpieczenia,
- wypełniania przez nas innych zobowiązań ustawowych – podstawą prawną przetwarzania danych jest odpowiedni przepis prawa określający nasze zobowiązanie.

Jak długo będziemy przechowywać Twoje dane:

Kto może być odbiorcą Twoich danych:

Twoje dane osobowe mogą zostać przekazane do:

- upoważnionych do tego naszych pracowników,
- podmiotów przetwarzających dane w naszym imieniu, uczestniczących w wykonywaniu naszych czynności. Mogą to być m.in.:
 - agenci ubezpieczeniowi,
 - podmioty współpracujące z nami w procesie likwidacji szkód/roszczeń,
 - podmioty realizujące usługi assistance,
 - podmioty świadczące nam usługi doradcze,
 - dostawcy usług informatycznych,
- innych administratorów danych przetwarzających dane we własnym imieniu np.:
 - zakładów reasekuracji,
 - placówek medycznych,
 - podmiotów prowadzących działalność płatniczą,
 - podmiotów prowadzących działalność pocztową lub kurierską,
 - innych podmiotów niezbędnych do wykonania umowy ubezpieczenia. Dodatkowo, Twoje dane osobowe mogą być przekazywane do odbiorców znajdujących się w państwach poza Europejskim Obszarem Gospodarczym, ale będzie to miało miejsce wyłącznie w sytuacji, gdy w przekazanie danych jest niezbędne do wykonania umowy ubezpieczenia.

Jakie masz prawa w zakresie przetwarzania Twoich danych osobowych:

- Prawo dostępu do danych oraz prawo żądania ich sprostowania, ich usunięcia lub ograniczenia ich przetwarzania, z zastrzeżeniem ograniczeń w realizacji prawa dostępu do danych wynikających z przepisów prawa.
 - Dodatkowo, gdy podstawą przetwarzania danych osobowych jest przesłanka prawnie uzasadnionego interesu administratora, przysługuje Ci prawo wniesienia sprzeciwu wobec ich przetwarzania.
 - W zakresie, w jakim dane są przetwarzane w celu wykonywania umowy ubezpieczenia przysługuje Ci prawo do przenoszenia danych osobowych, tj. do otrzymania od nas Twoich danych osobowych w powszechnie używanym formacie nadającym się do odczytu w celu przesłania ich innemu administratorowi danych.
- W celu skorzystania z powyższych praw, skontaktuj się z nami lub naszym inspektorem ochrony danych. Dane kontaktowe wskazane są powyżej.
- Masz również prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego zajmującego się ochroną danych osobowych.

Czy podanie danych osobowych jest obowiązkowe:

Podanie danych osobowych jest dobrowolne, jednak niepodanie danych niezbędnych do ustalenia przyczyn i okoliczności zdarzenia losowego, odpowiedzialności Administratora, zasadności zgłoszonych roszczeń, rozmiaru szkody i wysokości należnego świadczenia skutkuje odmową spełnienia/wypłaty świadczenia.

1. Klient może składać skargi, zażalenia i reklamacje zawierające zastrzeżenia dotyczące usług świadczonych przez SIGNAL IDUNA (zwane dalej łącznie „reklamacjami”).
2. Reklamacje można zgłaszać w następujących miejscach i formie:
 - a) pisemnie na adres: SIGNAL IDUNA Polska TU S.A., ul. Przyokopowa 31, 01-208 Warszawa,
 - b) faksem na numer: 22 505 61 01,
 - c) pocztą elektroniczną: reklamacje@signal-iduna.pl,
 - d) telefonicznie pod numerem 0 801 120 120 lub 22 505 65 06,
 - e) osobiście w siedzibie SIGNAL IDUNA (adres jak wyżej) lub Regionalnym Centrum Obsługi Ubezpieczeń (których dane kontaktowe podane są na stronie internetowej i na bieżąco aktualizowane).
3. Reklamacja powinna zawierać dane kontaktowe klienta umożliwiające identyfikację i kontakt w celu udzielenia odpowiedzi (imię i nazwisko, adres, NIP i nazwę firmy, numer umowy ubezpieczenia, której reklamacja dotyczy lub numer sprawy dotyczącej roszczenia nadany wcześniej przez SIGNAL IDUNA).
4. SIGNAL IDUNA rozpatruje reklamację i udziela na nią odpowiedzi niezwłocznie, nie później niż w terminie 30 dni od dnia jej otrzymania, chyba że mają miejsce szczególnie skomplikowane okoliczności, uniemożliwiające rozpatrzenie reklamacji i udzielenia odpowiedzi w tym terminie. W takiej sytuacji SIGNAL IDUNA poinformuje klienta o przyczynach opóźnienia oraz okolicznościach, które muszą zostać ustalone dla rozpatrzenia sprawy oraz określi przewidywany termin rozpatrzenia reklamacji i udzielenia odpowiedzi, który nie może przekroczyć 60 dni od dnia otrzymania reklamacji. W przypadku niedotrzymania powyższych terminów rozpatrzenia reklamacji i udzielenia odpowiedzi, reklamację uważa się za rozpatrzoną zgodnie z wolą klienta.
5. Odpowiedź na reklamację jest udzielana w formie papierowej, a na wniosek klienta – może być również dostarczona pocztą elektroniczną.

Należne odszkodowanie należy przekazać na złotówkowe konto bankowe o numerze:

[illegible]

Nazwa i nr oddziału banku:

Nazwisko i imię właściciela konta bankowego:

1. Wyrażam zgodę na udostępnienie moich danych osobowych do SIGNAL IDUNA Życie Polska TU S.A., z siedzibą ul. Przyokopowa 31, 01-208 Warszawa, w celach marketingowych.

TAK ☐ / **NIE** ☐

2. Wyrażam zgodę na otrzymywanie od SIGNAL IDUNA Polska TU S.A., a także – w przypadku wyrażenia zgody z pkt powyżej – od SIGNAL IDUNA Życie Polska TU S.A., z siedzibą ul. Przyokopowa 31, 01-208 Warszawa, informacji handlowo-marketingowych przesyłanych z użyciem urządzeń telekomunikacyjnych i tzw. automatycznych systemów wywołujących, wybierając, jako formę kontaktu:

wiadomości SMS/MMS **TAK** ☐ / **NIE** ☐

wiadomości e-mail **TAK** ☐ / **NIE** ☐

telefonicznie **TAK** ☐ / **NIE** ☐

1. Oświadczam, że powyższe informacje zostały przeze mnie udzielone zgodnie z prawdą i według najlepszej wiedzy.
2. Zwalniam lekarzy leczących mnie w kraju stałego miejsca zamieszkania i za granicą z obowiązku dochowania tajemnicy lekarskiej oraz zezwalam na udostępnienie dokumentacji z przebiegu leczenia, a w przypadku publicznych i niepublicznych zakładów opieki zdrowotnej zwalniam je z obowiązku dochowania tajemnicy oraz zezwalam na udostępnienie wszelkiego rodzaju dokumentacji medycznej dotyczącej mojej osoby, o którą poprosi SIGNAL IDUNA.
3. Zwalniam inne zakłady ubezpieczeń, urzędy i instytucje z obowiązku zachowania tajemnicy wobec SIGNAL IDUNA.

.....
Data i podpis Ubezpieczonego/ opiekuna prawnego

Do formularza prosimy dołączyć

– polisę (nie dotyczy umów generalnych) oraz następujące dokumenty:

1. **W przypadku kosztów leczenia, dotyczących nagłego zachorowania lub nieszczęśliwego wypadku:**
 - a) dokumentację medyczną z dnia zdarzenia zawierającą diagnozę lekarską
 - b) rachunki i dowody poniesionych kosztów za udzieloną pomoc lekarską, pogotowie ratunkowe oraz rachunków za zakupione leki i środki opatrunkowe
 - c) w przypadku powstania ran, obrażeń ciała bądź innych urazów – dokumentację medyczną z dnia zdarzenia lub początku leczenia (np. karta historii choroby) z opisem ran i uszkodzeń ciała lub ich skutków,
 - d) inne dokumenty niezbędne do ustalenia odpowiedzialności SIGNAL IDUNA (np. raport policji z miejsca wypadku, zeznania świadków z zaistniałego zdarzenia, dokument uprawniający do kierowania pojazdem, itp.)
 - e) oświadczenie szkoły potwierdzające, że dana osoba była opiekunem podczas imprezy turystycznej zorganizowanej przez szkołę lub na jej zlecenie przez organizatora turystyki z uwzględnieniem terminu imprezy turystycznej oraz jej destynacji.
2. **W przypadku śmierci Ubezpieczonego za granicą w skutek nagłego zachorowania lub nieszczęśliwego wypadku:**
 - a) dokumenty wymienione w pkt.1.,
 - b) akt zgonu oraz inne dokumenty związane z tym zdarzeniem, w szczególności dokumentację zawierającą informację o przyczynach zgonu,
 - c) rachunki i dowody poniesionych kosztów za transport zwłok Ubezpieczonego lub pochówek za granicą.
3. **W przypadku kosztów powstałych w skutek opóźnienia lotu/bagażu:**
 - a) dokument przewoźnika potwierdzający opóźnienie lotu/bagażu,
 - b) rachunki i dowody poniesionych kosztów potwierdzające niezbędne wydatki związane z opóźnieniem lotu/bagażu.
4. **W przypadku kosztów przedłużenia opieki nad zwierzętami domowymi (psem lub kotem):**
 - a) dokumentację medyczną zawierającą diagnozę lekarską i potwierdzającą okres hospitalizacji za granicą
 - b) dokument potwierdzający własność psa lub kota,
 - c) rachunki i dowody poniesionych kosztów potwierdzające koszty przedłużonego pobytu psa lub kota w hotelu dla zwierząt wraz z oświadczeniem hotelu dla zwierząt o ilości dni przedłużonego pobytu.
5. **W przypadku kosztów karnetu oraz kosztów uczestnictwa w zajęciach szkoły narciarskiej lub snowboardu:**
 - a) dokumentację medyczną zawierającą diagnozę lekarską i potwierdzającą okres hospitalizacji za granicą
 - b) rachunki i dowody poniesionych kosztów za karnet narciarski wraz z dokumentem potwierdzającym cenę karnetu oraz liczbę dni,
 - c) rachunki i dowody poniesionych kosztów za uczestnictwo w zajęciach szkoły narciarskiej lub snowboardu.