

ZGŁOSZENIE SZKODY Z UBEZPIECZENIA NASTĘPSTW NIESZCZĘŚLIWYCH WYPADKÓW

Prosimy o dokładne wypełnienie poniższego formularza i dostarczenie drogą korespondencyjną bezpośrednio na adres SIGNAL IDUNA Polska TU S.A. lub za pośrednictwem biura podróży. Do formularza prosimy dołączyć:

1. W przypadku śmierci Ubezpieczonego w skutek nieszczęśliwego wypadku:
 - a) dokumentację medyczną z dnia zdarzenia lub początku leczenia (np. kartę historii choroby), z opisem uszkodzeń ciała lub ich skutków
 - b) akt zgonu,
 - c) kartę zgonu lub inny dokument potwierdzając przyczynę zgonu,
 - d) protokół policji z miejsca zdarzenia,
 - e) zeznania świadków,
 - f) inne dokumenty związane z tym zdarzeniem, w szczególności dokumenty stwierdzające okoliczności zgonu (jeśli były sporządzane),
 - g) dokument stwierdzający tożsamość Uprawnionego lub dokument nierzewijający prawo do otrzymania świadczenia.
2. W przypadku trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego w skutek nieszczęśliwego wypadku:
 - a) dokumentację medyczną z dnia zdarzenia lub początku leczenia (np. kartę historii choroby) z opisem uszkodzeń ciała lub ich skutków),
 - b) w przypadku, gdy trwały uszczerbek dotyczy części ciała, która była już upośledzona, całość dokumentacji z wcześniejszego leczenia,
 - c) protokół policji z miejsca zdarzenia,
 - d) zeznania świadków,
 - e) dokument uprawniający do kierowania pojazdem.

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 zawód

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. Zdarzenie:
 dzień miesiąc rok godzina

9. Czy sprawa została zgłoszona do Centrali Alarmowej? Tak Nie

10. Miejsce wypadku:
 Adres:

11. Szczegółowy opis wypadku, włącznie z charakterem obrażeń ciała:

12. Czy Ubezpieczony w chwili wypadku był trzeźwy? Tak Nie

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

.....
.....

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

.....
.....

15. Nazwisko i imię oraz adres lekarza pierwszego kontaktu:

.....

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

.....

17. Jeżeli Ubezpieczony w chwili wypadku prowadził pojazd samochodowy, prosimy podać numer i kategorię prawa jazdy:

.....

18. Kto i gdzie udzielił Ubezpieczonemu pierwszej pomocy medycznej?

.....

19. Czy zostało już zakończone leczenie powypadkowe i rehabilitacja? Tak Nie

(jeśli nie, to prosimy podać przewidywany termin zakończenia leczenia, jeżeli jest znany)

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

.....
.....
.....
.....

21. W przypadku śmierci Ubezpieczonego podać dane osobowe i adresowe osoby składającej roszczenia:

.....

4. INFORMACJE DOTYCZĄCE PRZETWARZANIA DANYCH OSOBOWYCH

Kto jest administratorem Twoich danych osobowych:

SIGNAL IDUNA Polska Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. z siedzibą przy ul. Przykopywej 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 pisemnie na adres naszej siedziby.

W sprawach dotyczących przetwarzania danych osobowych możesz skontaktować się bezpośrednio z naszym inspektorem ochrony danych: email iod@signal-iduna.pl lub pisemnie na powyższy adres.

Czyje dane przetwarzamy:

- osoby zgłaszającej 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 jakim celu i na jakiej podstawie przetwarzamy Twoje dane:

- ustalenie przyczyn i okoliczności zdarzenia losowego, odpowiedzialności Administratora, zasadności zgłoszonych roszczeń, rozmiaru szkody i wysokości należnego świadczenia w ramach wykonania obowiązku nałożonego na Administratora przepisami prawa lub za zgodą osoby, której dane dotyczą, jeżeli jest wymagana,
- spełnienie/wypłata świadczenia lub odszkodowania należnego w wyniku wystąpienia zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową wobec osoby uprawnionej do świadczenia. Podstawą prawną przetwarzania danych jest niezbędność do wykonania umowy, której stroną jest osoba oraz niezbędność do wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na administratorze,
- dochodzenie roszczeń regresowych lub roszczeń z tytułu nienależnie wypłaconego świadczenia – przetwarzanie danych stanowi w tym przypadku prawnie usprawiedliwiony interes Administratora,
- reasekuracja ryzyk – podstawą prawną przetwarzania danych jest niezbędność przetwarzania do realizacji prawnie uzasadnionego interesu administratora, 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:

Dane będą przechowywane do momentu przedawnienia roszczeń z tytułu umowy ubezpieczenia lub do momentu wygaśnięcia obowiązku przechowywania danych wynikających z przepisów prawa, w szczególności obowiązku przechowywania dokumentów księgowych dotyczących umowy ubezpieczenia oraz przepisów o automatycznej wymianie informacji podatkowych z innymi państwami.

Kto może być odbiorcą Twoich danych:

W zależności od realizowanych usług, Twoje dane osobowe mogą zostać przekazane do:

- upoważnionych do tego naszych pracowników,
- podmiotów przetwarzających dane w naszym imieniu, uczestniczącym 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,
 - innym 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. 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 lub przetwarzane są na podstawie zgody – 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.
- Prawo do wycofania udzielonych zgód (nie wpływa to jednak na zgodność z prawem przetwarzania danych osobowych, które miało miejsce przed ich wycofaniem).
- Prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego zajmującego się ochroną danych osobowych

W celu skorzystania z powyższych praw, skontaktuj się z nami lub naszym inspektorem ochrony danych. Dane kontaktowe wskazane są powyżej.

Czy podanie danych osobowych jest obowiązkowe:

Podanie danych osobowych jest wymaganiem ustawowym wynikającym z ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej. 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.

5. REKLAMACJE

- Klient może składać skargi, zażalenia i reklamacje zawierające zastrzeżenia dotyczące usług świadczonych przez SIGNAL IDUNA (zwane dalej łącznie „reklamacjami”).
- 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).
- 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).
- 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.
- Odpowiedź na reklamację jest udzielana w formie papierowej, a na wniosek klienta – może być również dostarczona pocztą elektroniczną.

6. FORMA WYPŁATY ODSZKODOWANIA

Należne odszkodowanie należy przekazać na zlotówkowe konto bankowe o numerze:

| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|

Nazwa i nr oddziału banku:

Nazwisko i imię właściciela konta bankowego:

7. ZGODY MARKETINGOWE

- 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
- 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 <input type="checkbox"/> / NIE <input type="checkbox"/> |
| wiadomości e-mail | TAK <input type="checkbox"/> / NIE <input type="checkbox"/> |
| telefoniczny | TAK <input type="checkbox"/> / NIE <input type="checkbox"/> |

8. OŚWIADCZENIE

- Oświadczam, że powyższe informacje zostały przeze mnie udzielone zgodnie z prawdą i według najlepszej wiedzy.
- 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.
- Zwalniam inne zakłady ubezpieczeń, urzędy i instytucje z obowiązku zachowania tajemnicy wobec SIGNAL IDUNA.

.....
Data i podpis Ubezpieczającego/ pracownika biura podróży

.....
Data i podpis Ubezpieczonego