

Formularz Zgłoszenia Szkody z Ubezpieczenia Następstw Nieszczęśliwych Wypadków

SIGNAL IDUNA



SIGNAL IDUNA Polska
Towarzystwo Ubezpieczeń S.A.

WYKAZ DOKUMENTÓW NIEZBĘDNYCH DO ROZPATRZENIA SZKODY

1. Kopia dokumentu tożsamości poszkodowanego lub rodzica/opiekuna prawnego, np. dowodu osobistego lub paszportu (z przekreślonym wizerunkiem)
2. Kopia dokumentacji medycznej z udzielania pierwszej pomocy po zdarzeniu zawierająca opis obrażeń ciała i diagnozę lekarską, wyniki badań.
3. Kopia dokumentacji medycznej z kontynuacji leczenia powypadkowego wraz z wynikami badań.
4. Kopia zaświadczenia lekarskiego o zakończeniu leczenia.
5. Inne dokumenty potwierdzające zgłaszane roszczenie.

(PROSZĘ WYPEŁNIĆ DRUKOWANYMI LITERAMI, CZARNYM LUB NIEBIESKIM DŁUGOPISEM)

Numer polisy

Okres ochrony ubezpieczeniowej od

do

1. DANE UBEZPIEZAJĄCEGO

(w przypadku, gdy Poszkodowaną osobą jest niepełnoletni, zgłoszenie szkody powinno być wypełnione i podpisane przez prawnego opiekuna osoby Poszkodowanej)

Imię i nazwisko/ Nazwa firmy

Adres zamieszkania/ Siedziby

Kontakt telefoniczny

e-mail:

2. DANE UBEZPIECZONEGO

Imię i nazwisko

PESEL

Adres zamieszkania

Adres
korespondencyjny

Kontakt telefoniczny

e-mail:

Czy Ubezpieczony jest osobą pełnoletnią? Tak Nie, prosimy podać prawnego opiekuna:

Imię i nazwisko

PESEL

Adres
korespondencyjny

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

3. DANE DOTYCZĄCE WYPADKU

Data

Miejsce wypadku:

Okoliczności oraz przebieg wypadku:

Doznane obrażenia ciała:

Nazwa i adres placówki medycznej udzielającej pierwszej pomocy bezpośrednio po wypadku:

Nazwa i adres placówki medycznej prowadzącej leczenie po wypadku:

Dane personalne, specjalizacja oraz adres lekarza prowadzącego leczenie:

Czy leczenie skutków wypadku zostało zakończone?

Nie – przewidywany termin zakończenia leczenia

Tak – data zakończenia leczenia

Czy byli świadkowie wypadku? Nie Tak, prosimy podać dane personalne oraz adresy świadków:

Nazwa i adres instytucji prowadzącej sprawę, jeżeli do wypadku doszło w wyniku przestępstwa lub wypadku drogowego, Nr sprawy:

Czy w chwili wypadku Poszkodowany był pod wpływem alkoholu, narkotyków lub innych środków odurzających? Tak Nie

4. DYSPOZYCJA SPOSOBU WYPŁATY ŚWIADCZENIA W PRZYPADKU USTALENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI SIGNAL IDUNA POLSKA TU S.A.

Kwotę świadczenia proszę przesłać na wskazany poniżej rachunek bankowy:

właściciel rachunku: nazwa, oddział banku:

numer rachunku bankowego:

5. OŚWIADCZENIA

OŚWIADCZENIE UBEZPIECZONEGO/ ZGŁASZAJĄCEGO ROSZCZENIE

Oświadczam, że:

1. Wszystkie dane zawarte w tym dokumencie są prawdziwe i zgodne z moją najlepszą wiedzą. Jestem świadomy(a) odpowiedzialności karnej grożącej za udzielenie nieprawdziwych informacji lub zatajenie okoliczności mających istotny wpływ na proces rozpatrywania roszczenia. Jestem świadomy(a), że w razie ustalenia zatajenia okoliczności istotnych do rozpatrzenia roszczenia, SIGNAL IDUNA Polska TU S.A. może zmniejszyć lub odmówić wypłaty świadczenia.
2. Wyrażam zgodę na występowanie przez SIGNAL IDUNA Polska TU S.A. do podmiotów wykonujących działalność leczniczą w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej, tudzież do innych zakładów ubezpieczeń, z pytaniami i prośbami dotyczącymi okoliczności wymienionych w przepisach ustawy o działalności ubezpieczeniowej, w celach związanych z oceną ryzyka ubezpieczeniowego i weryfikacją podanych przeze mnie danych oraz ustaleniem prawa do świadczenia z zawartej umowy ubezpieczenia i wysokości tego świadczenia. Ponadto zgadzam się na występowanie do Narodowego Funduszu Zdrowia o informacje w zakresie świadczeniodawców (nazwa i adres), którzy udzielili mi świadczeń opieki zdrowotnej w związku z wypadkiem lub zdarzeniem losowym.
3. Upoważniam każdy podmiot wykonujący działalność leczniczą, który posiada o mnie informacje do ujawnienia ich treści SIGNAL IDUNA Polska TU S.A. oraz jego reasekuratorom, a w szczególności każdej informacji o moim stanie zdrowia, w zakresie niezbędnym do przeprowadzenia oceny ryzyka ubezpieczeniowego lub ustalenia odpowiedzialności z tytułu umowy ubezpieczenia zawartej na podstawie niniejszego wniosku oraz wyrażam zgodę na występowanie przez SIGNAL IDUNA Polska TU S.A. o powyższe informacje w tym o kserokopię dokumentacji medycznej do ww. podmiotów.
4. Oświadczam, że otrzymałem/ am Informację dotyczącą przetwarzania danych osobowych.

INFORMACJA DOTYCZĄCA TRYBU SKŁADANIA I ROZPATRYWANIA REKLAMACJI

Oświadczam, że:

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 (dane kontaktowe Regionalnych Centrów Obsługi Ubezpieczeń SIGNAL IDUNA 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, 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 lub na innym trwałym nośniku, a na wniosek klienta – może być również dostarczona pocztą elektroniczną.
6. Klient może też składać skargi i zażalenia na działalność SIGNAL IDUNA do Komisji Nadzoru Finansowego, Rzecznika Finansowego, miejskiego lub powiatowego Rzecznika Konsumentów oraz innych organów zajmujących się ochroną klientów podmiotów rynku finansowego. Podmiotem uprawnionym do prowadzenia postępowania w sprawie pozasądowego rozwiązywania sporów konsumenckich jest Rzecznik Finansowy (<https://rf.gov.pl/>). Powództwo o roszczenia wynikające z umowy ubezpieczenia można wytoczyć albo według przepisów o właściwości ogólnej albo przed sądem właściwym dla miejsca zamieszkania lub siedziby klienta. SIGNAL IDUNA podlega nadzorowi Komisji Nadzoru Finansowego.

ZGODY MARKETINGOWE

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

telefoniczny

TAK / NIE

6. PODPISY

<input type="text"/>	<input type="text"/> D D M M R R R R	<input type="text"/>
Miejscowość	Data	Czytelny podpis Poszkodowanego/ prawnego opiekuna
<input type="text"/>	<input type="text"/> D D M M R R R R	<input type="text"/>
Miejscowość	Data	Czytelny podpis i pieczęć Ubezpieczającego

7. ZGŁOSZENIE SZKODY U POŚREDNIKA UBEZPIECZENIOWEGO

Wymaga uzupełnienia, jeśli zgłoszono szkodę/ roszczenie u Pośrednika Ubezpieczeniowego/ Agenta

<input type="text"/>	<input type="text"/> D D M M R R R R	<input type="text"/>
Miejscowość	Data przyjęcia zgłoszenia	Czytelne imię i nazwisko oraz podpis osoby zgłaszającej roszczenie
<input type="text"/>	<input type="text"/> D D M M R R R R	<input type="text"/>
Miejscowość	Data przyjęcia zgłoszenia	Czytelne imię i nazwisko oraz podpis Pośrednika ubezpieczeniowego

8. INFORMACJE DOTYCZĄCE PRZETWARZANIA DANYCH OSOBOWYCH

Kto jest administratorem Twoich danych osobowych:

SIGNAL IDUNA Polska Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. z siedzibą przy ul. Przykopowej 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 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 takim wypadku prosimy osobę podającą dane o przekazanie ww. osobom niniejszej informacji na temat przetwarzania danych. Dodatkowo informacja ta jest umieszczona pod adresem: <https://www.signal-iduna.pl/przetwarzanie-danych-osobowych>,

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, 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. Ilekroć powyżej powołujemy się na interes publiczny, jako podstawę przetwarzania danych tj. na art. 6 ust. 1 lit. e) lub art. 9 ust. 2 lit. g) RODO, interesem tym jest zapewnienie osobom uprawnionym z tytułu ubezpieczenia, bezpieczeństwa finansowego w życiu prywatnym i społecznym.

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.

Dodatkowo, jeżeli wyrażona była zgoda na przesyłanie informacji handlowych poprzez poszczególne kanały komunikacji elektronicznej (e-mail, sms, kontakt telefoniczny), zaprzestaniemy tych działań, jeżeli wycofasz wcześniej udzieloną w tym zakresie dobrowolną zgodę.

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.
- 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 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.