

## 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. Zgłoszenia elektroniczne prosimy kierować na adres: [info.likwidacja@signal-iduna.pl](mailto:info.likwidacja@signal-iduna.pl). Do formularza prosimy dołączyć:

- W przypadku śmierci Ubezpieczonego w skutek nieszczęśliwego wypadku:
  - dokumentację medyczną z dnia zdarzenia lub początku leczenia (np. kartę historii choroby), z opisem uszkodzeń ciała lub ich skutków
  - akt zgonu,
  - kartę zgonu lub inny dokument potwierdzający przyczynę zgonu,
  - protokół policji z miejsca zdarzenia,
  - zeznania świadków,
  - inne dokumenty związane z tym zdarzeniem, w szczególności dokumenty stwierdzające okoliczności zgonu (jeśli były sporządzane),
  - dokument stwierdzający tożsamość Uprawnionego – kopię dowodu osobistego lub paszportu (z zasłoniętym wizerunkiem oraz przekreślonym dokumentem),
- W przypadku trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego w skutek nieszczęśliwego wypadku:
  - dokumentację medyczną z dnia zdarzenia lub początku leczenia (np. kartę historii choroby) z opisem uszkodzeń ciała lub ich skutków),
  - w przypadku, gdy trwały uszczerbek dotyczy części ciała, która była już upośledzona, całość dokumentacji z wcześniejszego leczenia,
  - protokół policji z miejsca zdarzenia,
  - zeznania świadków,
  - dokument uprawniający do kierowania pojazdem.

**Adres do korespondencji:**  
**SIGNAL IDUNA Polska TU S.A.**  
**Zespół Obsługi Roszczeń Turystycznych i Affinity**  
**ul. Siedmiogrodzka 9, 01-204 Warszawa; tel. 22 505 65 06**

### 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. Siedmiogrodzkiej 9 w Warszawie (01-204).

**Kontakt:** email: [info@signal-iduna.pl](mailto:info@signal-iduna.pl), formularz kontaktowy pod adresem [www.signal-iduna.pl](http://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](mailto: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: [www.signal-iduna.pl/przetwarzanie-danych-osobowych](http://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, spełnienie/wypłata 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.
- Ilekcio 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.

##### 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.

## 5. REKLAMACJE

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. Siedmiogrodzka 9, 01-204 Warszawa,
  - b) faksem na numer: 22 505 61 01,
  - c) pocztą elektroniczną: reklamacje@signal-iduna.pl,
  - d) telefonicznie pod numerem: 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.

## 6. FORMA WYPŁATY ODSZKODOWANIA

Należne odszkodowanie należy przekazać na złotówkowe konto bankowe o numerze:

□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

Nazwa i nr oddziału banku: .....

Nazwisko i imię właściciela konta bankowego: .....

## 7. ZGODY MARKETINGOWE

1. Wyrażam zgodę na udostępnienie moich danych osobowych do SIGNAL IDUNA Życie Polska TU S.A., z siedzibą ul. Siedmiogrodzka 9, 01-204 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. Siedmiogrodzka 9, 01-204 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

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 prosił SIGNAL IDUNA.
3. 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/ opiekuna prawnego	Data i podpis Ubezpieczonego/ Uprawnionego