

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 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

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:
..... dzień miesiąc rok Data zakończenia podróży:
..... 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 leczyl się przed zachorowaniem/ wypadkiem:

.....
.....

14. Nazwy i adresy placówek medycznych, w których Ubezpieczony leczyl 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:

Data rachunku	Kwota w lokalnej walucie	Czego dotyczy rachunek	Kto opłacił rachunek

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. Siedmiogrodzkiej 9 w Warszawie (01-204).

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: www.signal-iduna.pl/przetwarzanie-danych-osobowych

Do formularza prosimy dołączyć

– polisę (*nie dotyczy umów generalnych*) oraz następujące dokumenty w zależności od charakteru szkody:

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 karnetu oraz kosztów uczestnictwa w zajęciach szkółki 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 szkółki narciarskiej lub snowboardu.

5. W przypadku kosztów transportu i przedłużonego pobytu Ubezpieczonego:

- a) potwierdzenie skierowania na izolację/ kwarantannę wydane przez lekarza lub służby sanitarno-epidemiologiczne,
- b) dowody poniesionych kosztów (np. rachunki).

6. W przypadku kosztów pobytu i transportu rodzica/ opiekuna:

- a) potwierdzenie skierowania na izolację/ kwarantannę wydane przez lekarza lub służby sanitarno-epidemiologiczne,
- b) wynik testu w kierunku Covid-19 (izolacja),
- c) dowody poniesionych kosztów (np. rachunki),
- d) dokumentacja medyczna dziecka (hospitalizacja).

7. W przypadku kosztów leczenia zwierzęcia lub przedłużonej opieki nad zwierzęciem (psem lub kotem):

- a) dokumentację medyczną zawierającą diagnozę lekarską i potwierdzającą okres hospitalizacji Ubezpieczonego za granicą,
- b) dokumentacja z leczenia psa lub kota,
- c) kopię dokumentu potwierdzającego własność psa lub kota (np. paszport, książeczka zdrowia),
- d) dowody poniesionych kosztów potwierdzające koszty pobytu zwierzęcia w hotelu dla zwierząt wraz z oświadczeniem hotelu o ilości dni pobytu.

– na prośbę SIGNAL IDUNA także inne dokumenty niezbędne do ustalenia odpowiedzialności SIGNAL IDUNA.