

Formularz Zgłoszenia Szkody z Ubezpieczenia Następstw Nieszczęśliwych Wypadków

SIGNAL IDUNASIGNAL IDUNA Polska
Towarzystwo Ubezpieczeń S.A.

WYKAZ DOKUMENTÓW NIEZBĘDNYCH DO ROZPATRZENIA SZKODY

1. Kopia dowodu osobistego poszkodowanego lub rodzica/ opiekuna prawnego (w przypadku gdy poszkodowany jest osobą niepełnoletnią).
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.

Wszelkie kopie powinny być poświadczone za zgodność z oryginałem.

(PROSZĘ WYPEŁNIĆ DRUKOWANYMI LITERAMI, CZARNYM LUB NIEBIESKIM DŁUGOPISEM)

Numer polisy

Okres ochrony ubezpieczeniowej od

od

do

1. DANE UBEZPIECZAJĄCEGO

(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

Mail:

2. DANE UBEZPIECZONEGO

Imię i nazwisko

PESEL

Adres zamieszkania

Adres
korespondencyjny

Kontakt telefoniczny

Mail:

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

Imię i nazwisko

PESEL

Adres
korespondencyjnyCzy 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. OŚWIADCZENIE UBEZPIECZONEGO/ ZGŁASZAJĄCEGO ROSZCZENIE

- Oświadczam, że podane przeze mnie dane w niniejszym formularzu zgłoszenia roszczenia odpowiadają prawdzie. 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.
- Wyrażam zgodę na występowanie w trybie przepisów art. 38 ust. 1-9 ustawy z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej 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 powołanych przepisach ustawy o działalności ubezpieczeniowej (w szczególności mojego stanu zdrowia i udzielonych mi usług zdrowotnych, z wyłączeniem wyników badań genetycznych), w celach weryfikacji podanych przeze mnie danych oraz okolicznościach związanych z ustaleniem prawa do świadczeń z tytułu zawartej umowy ubezpieczenia i wysokości tych świadczeń, a także informacji o przyczynie śmierci z wyłączeniem badań genetycznych. 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.
- Przyjmuję do wiadomości, że Administratorem danych osobowych zbieranych w celu zawarcia i wykonywania umowy ubezpieczenia jest SIGNAL IDUNA Polska TU S.A. z siedzibą w Warszawie przy ul. Przykoppowej 31. Zebrane dane będą przetwarzane zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych w celach związanych z prowadzoną działalnością ubezpieczeniową, w tym w szczególności w celu rozpatrzenia wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia, w celu informowania o produktach SIGNAL IDUNA Polska TU S.A. i w celach archiwalnych oraz po wyrażeniu stosownej zgody w celach marketingowych pozostałych spółek należących do Grupy SIGNAL IDUNA w Polsce. W przypadku zawarcia umowy ubezpieczenia dane osobowe będą przetwarzane w celu jej realizacji, natomiast w przypadku odmowy udzielenia ubezpieczenia dane będą przetwarzane w celach archiwalnych. Zebrane dane będą udostępniane jedynie uprawnionym podmiotom w okolicznościach przewidzianych w ustawie z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej oraz w innych powszechnie obowiązujących przepisach, w tym reasekuratorom. Każdej osobie przysługuje prawo dostępu do treści swoich danych i ich poprawiania, a także prawo wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych w celach marketingowych. Podanie danych jest dobrowolne, ale konieczne do rozpatrzenia wniosku i zawarcia umowy ubezpieczenia.
- Upoważniam personel medyczny, w tym każdego lekarza, grupową praktykę lekarską, a także każdą placówkę służby zdrowia/ podmiot wykonujący działalność leczniczą, które posiadają o mnie informacje do ujawnienia ich treści SIGNAL IDUNA Polska TU S.A., a w szczególności każdej informacji o moim stanie zdrowia, w zakresie niezbędnym do ustalenia zakresu odpowiedzialności z tytułu umowy ubezpieczenia oraz wyrażam zgodę na występowanie przez SIGNAL IDUNA Polska TU S.A. o powyższe informacje w tym o kserokopię dokumentacji medycznej do ww. podmiotów.
- Informacja dotycząca trybu składania i rozpatrywania reklamacji:
Ubezpieczający, ubezpieczony, uposażony lub uprawniony z umowy ubezpieczenia, będący osobą fizyczną (zwany dalej „Klientem”) może składać skargi, zażalenia i reklamacje, zawierające zastrzeżenia dotyczące usług świadczonych przez SIGNAL IDUNA Polska TU S.A. (zwane dalej łącznie „reklamacjami”). Reklamacje można zgłaszać w następujących miejscach i formie:
a) pisemnie za pośrednictwem poczty, kuriera lub posłańca na adres: SIGNAL IDUNA Polska TU S.A., ul. Przykoppowa 31, 01-208 Warszawa,
b) faksem na numer: 22 50 56 101,
c) pocztą elektroniczną: reklamacje@signal-iduna.pl,
d) telefonicznie, pod numerem 0 801 120 120 lub 22 50 56 506,
e) osobiście w siedzibie SIGNAL IDUNA Polska TU S.A. (adres jak wyżej) lub Regionalnym Centrum Obsługi Ubezpieczeń (dane kontaktowe Regionalnych Centrów Obsługi Ubezpieczeń SIGNAL IDUNA Polska TU S.A. podane są na stronie internetowej spółki pod adresem: <http://www.signal-iduna.pl/signaliduna/kontakt> i na bieżąco aktualizowane).
Reklamacja powinna zawierać podstawowe dane kontaktowe Klienta umożliwiające identyfikację i kontakt w celu udzielenia: odpowiedzi (imię i nazwisko, adres, numer umowy ubezpieczenia/polisy, której reklamacja dotyczy lub numer sprawy dotyczącej roszczenia, nadany wcześniej przez SIGNAL IDUNA Polska TU S.A.), przedmiot i zakres reklamacji. SIGNAL IDUNA Polska TU S.A. 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 Polska TU S.A. poinformuje Klienta, który złożył reklamację, o przyczynach opóźnienia, 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. Odpowiedź na reklamację jest udzielana w formie papierowej lub za pomocą innego trwałego nośnika informacji, a na wniosek Klienta – może być również dostarczona pocztą elektroniczną.

Miejscowość

DDMMRRRR

Data

Czytelny podpis Poszkodowanego/ prawnego opiekuna

Miejscowość

DDMMRRRR

Data

Czytelny podpis Ubezpieczającego

6. ZGŁOSZENIE SZKODY U POŚREDNIKA UBEZPIECZENIOWEGO

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

Miejscowość

DDMMRRRR

Data przyjęcia zgłoszenia

Czytelne imię i nazwisko oraz podpis osoby zgłaszającej roszczenie

Miejscowość

DDMMRRRR

Data przyjęcia zgłoszenia

Czytelne imię i nazwisko oraz podpis Pośrednika ubezpieczeniowego