

ZGŁOSZENIE SZKODY Z UBEZPIECZENIA KOSZTÓW LECZENIA

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

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

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:

4. INFORMACJE DOTYCZĄCE PRZETWARZANIA DANYCH OSOBOWYCH

Kto jest administratorem Twoich danych osobowych:

SIGNAL IDUNA Polska Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. z siedzibą przy ul. Przyokopowej 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: e-mail 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>

Do formularza prosimy dołączyć

– polisę (nie dotyczy umów generalnych) oraz następujące dokumenty:

1. **W przypadku kosztów leczenia, dotyczących nagłego zachorowania lub nieszczęśliwego wypadku:**
 - a) dokumentację medyczną z dnia zdarzenia zawierającą diagnozę lekarską
 - b) oryginalne rachunki i oryginalne dowody opłat 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) oryginalne rachunki i oryginalne dowody opłat za transport zwłok Ubezpieczonego lub pochówek za granicą.
3. **W przypadku kosztów powstałych w skutek opóźnienia loty/bagażu:**
 - a) dokument przewoźnika potwierdzający opóźnienie loty/bagażu,
 - b) oryginalne rachunki i oryginalne dowody opłat potwierdzające niezbędne wydatki związane z opóźnieniem loty/bagażu.
4. **W przypadku kosztów przedłużenia opieki nad zwierzętami domowymi (psem lub kotem):**
 - a) dokumentację medyczną zawierającą diagnozę lekarską i potwierdzającą okres hospitalizacji za granicą
 - b) dokument potwierdzający własność psa lub kota,
 - c) oryginalne rachunki i dowody opłat potwierdzające koszty przedłużonego pobytu psa lub kota w hotelu dla zwierząt wraz z oświadczeniem hotelu dla zwierząt o ilości dni przedłużonego pobytu.
5. **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) oryginalne rachunki i dowody opłat za karnet narciarski wraz z dokumentem potwierdzającym cenę karnetu oraz liczbę dni,
 - c) oryginalne rachunki i dowody opłat za uczestnictwo w zajęciach szkółki narciarskiej lub snowboardu.