

## ZGŁOSZENIE SZKODY Z TYTUŁU KOSZTÓW TRANSPORTU NA IMPREZĘ TURYSTYCZNĄ

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

Do formularza prosimy dołączyć:

1. dokument ubezpieczenia,
2. umowa uczestnictwa w imprezie turystycznej,
3. oryginały rachunków i dowodów wniesionych opłat,
4. potwierdzenie zakupu biletu lotniczego, dowody poniesionych opłat,
5. bilet na publiczny środek transportu, który się opóźnił,
6. zaświadczenie o opóźnieniu tego środka transportu wydane przez przewoźnika.

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 UBEZPIECZONEGO

Nazwisko i imię:

Adres: .....  
kod pocztowy ..... miejscowość ..... ulica ..... nr domu .....

Data urodzenia:         .....  
dzień miesiąc rok telefon e-mail

Adres do korespondencji: .....

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

### 2. DANE O POLISIE

Nr polisy: ..... ważna od         do          
dzień miesiąc rok dzień miesiąc rok

### 3. INFORMACJE O IMPREZIE TURYSTYCZNEJ

Nazwa biura podróży u którego wykupiono podróż: .....

kraj docelowy ..... wykupiono w dniu:          
dzień miesiąc rok

początek podróży:         koniec podróży:          
dzień miesiąc rok godzina dzień miesiąc rok godzina

### 4. DANE O OPÓŹNIENIU ŚRODKA TRANSPORTU:

Typ środka .....

Planowana data i godzina wyjazdu:         przyjazdu:          
dzień miesiąc rok godzina dzień miesiąc rok godzina

Faktyczna data i godzina przyjazdu:          
dzień miesiąc rok godzina

### 5. OŚWIADCZENIE

1. Oświadczam, że powyższe informacje zostały przeze mnie udzielone zgodnie z prawdą i według najlepszej wiedzy.
2. Zwalam 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 zwalam je z obowiązku dochowania tajemnicy oraz zezwalam na udostępnienie wszelkiego rodzaju dokumentacji medycznej dotyczącej mojej osoby, o którą poprosi SIGNAL IDUNA.
3. Zwalam inne zakłady ubezpieczeń, urzędy i instytucje z obowiązku zachowania tajemnicy wobec SIGNAL IDUNA.

Administratorem danych osobowych jest SIGNAL IDUNA Polska TU S.A. z siedzibą w Warszawie przy ul. Przyokopowej 31. Zebrane dane będą przetwarzane w celach związanych z prowadzoną działalnością ubezpieczeniową, w tym w celu rozpatrzenia niniejszego zgłoszenia i w celach archiwalnych. Zebrane dane będą udostępniane jedynie uprawnionym podmiotom, w tym reasekuratorom. Każdej osobie przysługuje prawo dostępu do treści swoich danych i ich poprawiania. Podanie danych jest dobrowolne, ale konieczne do rozpatrzenia zgłoszenia.

## 6. REKLAMACJE

1. Klient może składać skargi, zażalenia i reklamacje zawierające zastrzeżenia dotyczące usług świadczonych przez SIGNAL IDUNA (zwane dalej łącznie „reklamacjami”) 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 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 (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).
2. 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). 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. Odpowiedź na reklamację jest udzielana w formie papierowej, a na wniosek Klienta – może być również dostarczona pocztą elektroniczną.

## 7. FORMA WYPŁATY ODSZKODOWANIA

Należne odszkodowanie należy przekazać na złotówkowe konto bankowe o numerze:

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

Nazwa i nr oddziału banku: .....

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

.....  
Data i podpis Ubezpieczonego