

# Zgłoszenie roszczenia z tytułu zgonu Ubezpieczonego

**SIGNAL IDUNA**SIGNAL IDUNA Życie Polska  
Towarzystwo Ubezpieczeń S.A.

WNIOSEK PROSIMY WYPEŁNIĆ CZYTELNIE, DRUKOWANYMI LITERAMI, CZARNYM LUB NIEBIESKIM DŁUGOPISEM

## 1. DANE UBEZPIECZONEGO

Imię/ Imiona					
Nazwisko					
Nr (karty) Ubezpieczonego				Wariant Ubezpieczenia	
Data urodzenia				PESEL	
Adres					
	<i>ulica</i>	<i>nr domu</i>	<i>nr lokalu</i>	<i>kod pocztowy</i>	<i>mięscowość</i>

## 2. DANE UPRAWNIONEGO

Imię/Imiona					
Nazwisko					
Data urodzenia				PESEL	
Adres					
	<i>ulica</i>	<i>nr domu</i>	<i>nr lokalu</i>	<i>kod pocztowy</i>	<i>mięscowość</i>
Tel. kontaktowy				E-mail	
	<i>nr kierunkowy</i>	<i>nr telefonu</i>	<i>nr telefonu komórkowego</i>		

Wyrażam zgodę na otrzymywanie korespondencji dotyczącej złożonego wniosku drogą elektroniczną, na podany wyżej adres e-mail lub adres e-mail przekazany wcześniej lub kontakt telefoniczny

 TAK  NIE

## 3. INFORMACJE O ZDARZENIU

Data zdarzenia	D	D	M	M	R	R	R	R
Przyczyna zgonu oraz okoliczności i przebieg zdarzenia								

## 4. SPOSÓB WYPŁATY ŚWIADCZENIA

 Przelew na rachunek bankowy:

Właściciel rachunku					
Nazwa banku					
Numer konta					

 Przekaz pocztowy:

Imię i Nazwisko					
Adres					
	<i>ulica</i>	<i>nr domu</i>	<i>nr lokalu</i>		
Adres					
	<i>kod pocztowy</i>		<i>mięscowość</i>		

## 5. ZAŁĄCZNIKI DO WNIOSKU

- Kopia dokumentu potwierdzającego tożsamość osoby uprawnionej.
- Uwierzytelniona kopia karty zgonu Ubezpieczonego lub uwierzytelniona kopia zaświadczenia lekarskiego o przyczynie śmierci ubezpieczonego.
- Oryginał skróconego aktu zgonu Ubezpieczonego.

## 6. OŚWIADCZENIE 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 Życie Polska TU S.A. może zmniejszyć lub odmówić wypłaty świadczenia.
- Przyjmuję do wiadomości, że Administratorem danych osobowych zbieranych w celu zawarcia i wykonywania umowy ubezpieczenia jest SIGNAL IDUNA Życie Polska TU S.A. z siedzibą w Warszawie przy ul. Przyokopowej 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 Życie 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.
- Upoważniam SIGNAL IDUNA Życie Polska TU S.A. do wglądu we wszelką dokumentację związaną z niniejszym zdarzeniem, będącą w szczególności w posiadaniu placówek medycznych, organów Administracji Państwowej, wymiaru sprawiedliwości i innych towarzystw ubezpieczeniowych oraz dokonywania z nich niezbędnych odpisów, zgodnie z art. 38 ust. 1-9 oraz art. 42 ustawy z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej przez SIGNAL IDUNA Życie Polska Towarzystwo Ubezpieczeń S.A.

4. 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 Życie 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 Życie 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 Życie Polska TU S.A. (adres jak wyżej) lub Regionalnym Centrum Obsługi Ubezpieczeń (dane kontaktowe Regionalnych Centrów Obsługi Ubezpieczeń SIGNAL IDUNA Życie 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/polis, której reklamacja dotyczy lub numer sprawy dotyczącej roszczenia, nadany wcześniej przez SIGNAL IDUNA Życie Polska TU S.A.), przedmiot i zakres reklamacji. SIGNAL IDUNA Życie 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 Życie 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

Data

Czytelny podpis zgłaszającego roszczenie