

FORMULARZ NALEŻY WYPEŁNIĆ W SPOSÓB KOMPLETNY I CZYTELNY, CZARNYM LUB NIEBIESKIM KOLOREM. BRAK WYMAGANYCH PRZEZ UBEZPIECZYCIELĄ INFORMACJI, OKREŚLONYCH NINIEJSZYM FORMULARZEM, MOŻE SPOWODOWAĆ WYDŁUŻENIE PROCESU ROZPATRYWANIA ZGŁASZANEGO ROSZCZENIA.

Numer polisy: .....

**WYPEŁNIA UBEZPIECZONY/ZGŁASZAJĄCY ROSZCZENIE****1. DANE UBEZPIECZONEGO/ZGŁASZAJĄCEGO ROSZCZENIE**

Imię: ..... Nazwisko: .....

Data urodzenia: ..... Seria i numer dokumentu tożsamości: ..... PESEL: .....

Adres do korespondencji:

Tel. kom.: ..... tel.: ..... e-mail : .....

Oświadczam, iż wyrażam zgodę na przekazywanie pod ww. numer telefonu kontaktowego oraz adresem e-mail informacji o aktualnym statusie rozpatrywanego roszczenia:  TAK  NIE.....  
Data.....  
Podpis Ubezpieczonego/Zgłaszającego roszczenie**2. ZŁOŻONE ROSZCZENIE DOTYCZY (prosimy postawić znak „X”)**

Śmierć Ubezpieczonego	<input type="checkbox"/>
Poważny uraz Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku	<input type="checkbox"/>
Wystąpienie u Ubezpieczonego poważnego zachorowania	<input type="checkbox"/>
Pobyt Ubezpieczonego w szpitalu w wyniku choroby lub nieszczęśliwego wypadku	<input type="checkbox"/>
Wystąpienie czasowej niezdolności Ubezpieczonego do pracy w wyniku nieszczęśliwego wypadku	<input type="checkbox"/>

**3. DANE UBEZPIECZONEGO/ OSOBY, KTÓREJ DOTYCZY ROSZCZENIE**

Imię i nazwisko: .....

Data urodzenia: ..... PESEL: .....

**4. INFORMACJE O ZDARZENIU**

Data zdarzenia: ..... Godzina zdarzenia: ..... Miejscowość: .....

Województwo, w którym miało miejsce zdarzenie: .....

Prosimy opisać przyczynę zaistniałego zdarzenia: .....

Prosimy podać miejsce, okoliczności i przebieg zdarzenia: .....

Świadkowie zdarzenia, prosimy podać: imiona, nazwiska oraz adresy świadków: .....

Czy w związku z zaistniałym zdarzeniem zostało zastosowane leczenie szpitalne?  TAK  NIE

Data przyjęcia do szpitala: ..... Data wypisu ze szpitala: .....

Adres placówki szpitalnej: .....

Czy w związku z zaistniałym zdarzeniem były przeprowadzane badania histopatologiczne lub inne analizy laboratoryjne?  TAK  NIE

Data badania: ..... Rozpoznanie: .....

Czy leczenie skutków wypadku zostało zakończone?\* (termin leczenia oznacza bezpośredni okres leczenia urazu oraz zakończenia rehabilitacji)

 nie, przewidywany termin zakończenia leczenia (miesiąc, rok): ..... tak, data zakończenia leczenia (dzień, miesiąc, rok): .....

Czy Ubezpieczony w chwili wypadku prowadził pojazd mechaniczny lub jakiegokolwiek inny pojazd?\*  TAK  NIE

*\*Jeżeli tak, to prosimy podać rodzaj pojazdu oraz rodzaj i numer dokumentu uprawniającego do jego prowadzenia wraz z kategorią uprawnień*

Czy Ubezpieczony w chwili wypadku znajdował się pod wpływem alkoholu, narkotyków, środków odurzających, środków farmakologicznych lub toksycznych bądź innych środków o podobnym działaniu?\* Kto i gdzie udzielił Ubezpieczonemu pierwszej pomocy bezpośrednio po wypadku?  TAK  NIE

Czy w związku z zaistniałym zdarzeniem zostało wezwane pogotowie ratunkowe? *Jeżeli tak, należy podać nazwę placówki.*  TAK  NIE

Czy zaistniałe zdarzenie powstało w związku z wykonywaniem pracy zawodowej lub obowiązków służbowych?  TAK  NIE

Czy w związku z zaistniałym zdarzeniem sporządzony został protokół policyjny lub protokół przedstawiciela BHP w zakładzie pracy?\*  TAK  NIE

*\*Jeżeli tak, należy dołączyć kopię.*

Czy w związku z zaistniałym zdarzeniem była przeprowadzona sekcja zwłok lub było przeprowadzone badanie krwi?\*  TAK  NIE

*\*Jeżeli tak, należy dołączyć wynik.*

Czy w związku z zaistniałym zdarzeniem prowadzone jest dochodzenie lub toczy się postępowanie sądowe lub prokuratorskie?\*  TAK  NIE

*\*Proszę podać przyczynę i rodzaj postępowania.*

Adres komendy policji lub prokuratury prowadzącej dochodzenie wraz z sygnaturą akt.

Czy w związku z zaistniałym zdarzeniem powstała niezdolność do pracy?\*  TAK  NIE

*\*Jeżeli tak, proszę dołączyć dokumentację określającą czas trwania oraz rokowania lekarzy dotyczące jej zakończenia*

Czy w związku z zaistniałym zdarzeniem zostały zgłoszone inne roszczenia?  TAK  NIE

**Konsultacje i badania lekarskie związane ze zdarzeniem:** Prosimy podać dane lekarzy, którzy badali lub leczyli Pana/Panią w związku ze zdarzeniem.

Imię i nazwisko lekarza	Adres miejsca pracy lekarza, telefon	Daty leczenia, konsultacji

Prosimy podać dane lekarzy, u których Ubezpieczony leczyl się i korzystał ze świadczeń zdrowotnych oraz dane lekarza pierwszego kontaktu.

Imię i nazwisko lekarza	Adres miejsca pracy lekarza, telefon	Daty leczenia, konsultacji

## 5. DYSPOZYCJA REALIZACJI ŚWIADCZENIA W PRZYPADKU USTALENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

Kwotę świadczenia proszę przesłać na wskazany poniżej rachunek bankowy:

właściciel rachunku: ..... nazwa, oddział banku: .....

numer rachunku bankowego:

## 6. ZAŁĄCZNIKI ZŁOŻONE PRZEZ UBEZPIECZONEGO/ZGŁASZAJĄCEGO ROSZCZENIE WRAZ Z FORMULARZEM ZGŁOSZENIA ROSZCZENIA

1.	Kopia dowodu osobistego Ubezpieczonego/ Zgłaszającego roszczenie	5.	
2.		6.	
3.		7.	
4.		8.	

Wykaz wszystkich dokumentów wymaganych do rozpatrzenia zgłaszanego roszczenia określają odpowiednie zapisy Ogólnych Warunków Ubezpieczenia na podstawie których została zawarta Umowa Ubezpieczenia. Wymagane przez Ubezpieczającego dokumenty należy złożyć w oryginale, odpisach lub jako kopie poświadczone za zgodność z oryginałem.

## 7. OŚWIDCZENIE 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 Życie 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 Życie 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 udzielił 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 Życie Polska TU S.A. z siedzibą w Warszawie przy ul. Przekopowej 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 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 Życie 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 Życie Polska TU S.A. o powyższe informacje w tym o kserokopię dokumentacji medycznej do ww. podmiotów.

5. 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 postańca 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 i Data

.....  
Czytelny podpis Ubezpieczonego

## 8. ZGŁOSZENIE SZKODY U POŚREDNIKA UBEZPIECZENIOWEGO

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

.....  
Miejscowość

.....  
Data przyjęcia zgłoszenia

.....  
Czytelne imię i nazwisko oraz podpis osoby zgłaszającej roszczenie

.....  
Miejscowość

.....  
Data przyjęcia zgłoszenia

.....  
Czytelne imię i nazwisko oraz podpis Pośrednika ubezpieczeniowego