

**FORMULARZ ZGŁOSZENIA ROSZCZENIA
Z TYTUŁU UBEZPIECZENIA OD NASTĘPSTW
NIESZCZĘŚLIWYCH WYPADKÓW DZIECI I MŁODZIEŻY SZKOLNEJ**

SIGNAL IDUNA 

SIGNAL IDUNA Polska
Towarzystwo Ubezpieczeń S.A.

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: _____ Okres ochrony ubezpieczeniowej od _____
do _____

Oświadczam, że na dzień zdarzenia Ubezpieczony był objęty ochroną ubezpieczeniową w SIGNAL IDUNA Polska TU S.A. TAK NIE

można nie płacić Ubezpieczycielowi (dot. sekret, przeliczenia)

WYPEŁNIA UBEZPIECZONY/ ZGŁASZAJĄCY ROSZCZENIE

1. DANE UBEZPIECZONEGO/ ZGŁASZAJĄCEGO ROSZCZENIE

Imię: _____ Nazwisko: _____

PESEL: _____ Data urodzenia: _____

Seria i numer dokumentu tożsamości: _____
Adres do korespondencji: _____

tel. kom.: _____ 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

2. ZŁOŻONE ROSZCZENIE DOTYCZY (prosimy postawić znak „X”)

Trwały Uszczerbek Na Zdrowiu Ubezpieczonego w wyniku Nieszczęśliwego Wypadku	<input type="checkbox"/>
Złamanie Kości, Zwichnięcie lub Skręcenie Stawu Ubezpieczonego	<input type="checkbox"/>
Interwencja lekarska	<input type="checkbox"/>
Rany Ubezpieczonego	<input type="checkbox"/>
Wstrząśnienie Mózgu Ubezpieczonego	<input type="checkbox"/>
Pogryzienie bądź pokąsanie Ubezpieczonego przez zwierzęta lub ukąszenie przez owady	<input type="checkbox"/>
Oparzenie lub Odmrożenie Ubezpieczonego	<input type="checkbox"/>
Pobyt Ubezpieczonego w Szpitalu w wyniku Nieszczęśliwego Wypadku <input type="checkbox"/> w wyniku Choroby <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Czasowa Niezdolność Ubezpieczonego Do Nauki	<input type="checkbox"/>
Refundacja kosztów: leczenia oraz kosztów rehabilitacji <input type="checkbox"/> naprawy lub nabycia Przedmiotów Ortopedycznych i Środków Pomocniczych <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Refundacja kosztów odbudowy zębów stałych uszkodzonych lub utraconych w wyniku Nieszczęśliwego Wypadku	<input type="checkbox"/>
Poważne Zachorowanie Ubezpieczonego	<input type="checkbox"/>
Śmierć Ubezpieczonego w wyniku Nieszczęśliwego Wypadku (w tym: Wypadku Komunikacyjnego <input type="checkbox"/> , Nieszczęśliwego Wypadku na terenie Placówki Oświatowej <input type="checkbox"/>)	<input type="checkbox"/>
Śmierć Ubezpieczonego w wyniku Zawału Serca lub Udaru Mózgu <input type="checkbox"/> lub w wyniku Sepsy <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Śmierć Rodzica lub Opiekuna Prawnego Ubezpieczonego w wyniku Nieszczęśliwego Wypadku	<input type="checkbox"/>
Inne	<input type="checkbox"/>

3. DANE UBEZPIECZONEGO/ OSOBY, KTÓREJ DOTYCZY ROSZCZENIE

Imię i nazwisko: _____

Data urodzenia: _____ PESEL: _____

7. PODPISY

_____	0 0 / 0 0 / 0 0 0 0	_____
Miejscowość	Data	Czytelny podpis Poszkodowanego/ prawnego opiekuna
_____	0 0 / 0 0 / 0 0 0 0	_____
Miejscowość	Data	Czytelny podpis i pieczęćka Ubezpieczającego

8. ZGŁOSZENIE SZKODY U POŚREDNIKA UBEZPIECZENIOWEGO

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

_____	0 0 / 0 0 / 0 0 0 0	_____
Miejscowość	Data przyjęcia zgłoszenia	Czytelne imię i nazwisko oraz podpis osoby zgłaszającej roszczenie
_____	0 0 / 0 0 / 0 0 0 0	_____
Miejscowość	Data przyjęcia zgłoszenia	Czytelne imię i nazwisko oraz podpis Pośrednika ubezpieczeniowego

9. 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: e-mail: 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: www.signal-iduna.pl/przetwarzanie-danych-osobowych,

W jakim celu i na jakiej podstawie przetwarzamy Twoje dane:

- ustalenie przyczyn i okoliczności zdarzenia losowego, odpowiedzialności Administratora, zasadności zgłoszonych roszczeń, rozmiaru szkody i wysokości należnego świadczenia, spełnienie/wypłata świadczenia lub odszkodowania należnego w wyniku wystąpienia zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową wobec osoby uprawnionej do świadczenia. Podstawą prawną przetwarzania danych jest art. 6 ust. 1 lit. b) i c) lub art. 9 ust. 2 lit. f) i g) RODO,
- dochodzenie roszczeń regresowych lub roszczeń z tytułu nienależnie wypłaconego świadczenia, podejmowanie czynności w związku z przeciwdziałaniem popełnienia przestępstwa na szkodę zakładu ubezpieczeń, co stanowi prawnie uzasadniony interes Administratora. Podstawą prawną jest art. 6 ust. 1 lit. f) RODO,
- reasekuracja ryzyk – podstawą prawną przetwarzania danych jest art. 6 ust. 1 lit. f) RODO, jakim jest ograniczenie ryzyka ubezpieczeniowego związanego z zawartą umową ubezpieczenia,
- wypełniania przez nas innych zobowiązań ustawowych – podstawą prawną przetwarzania danych jest odpowiedni przepis prawa określający nasze zobowiązanie. Ilekroć powyżej powołujemy się na interes publiczny, jako podstawę przetwarzania danych tj. na art. 6 ust. 1 lit. e) lub art. 9 ust. 2 lit. g) RODO, interesem tym jest zapewnienie osobom uprawnionym z tytułu ubezpieczenia, bezpieczeństwa finansowego w życiu prywatnym i społecznym.

Jak długo będziemy przechowywać Twoje dane:

Dane będą przechowywane do momentu przedawnienia roszczeń z tytułu umowy ubezpieczenia lub do momentu wygaśnięcia obowiązku przechowywania danych wynikających z przepisów prawa, w szczególności obowiązku przechowywania dokumentów księgowych dotyczących umowy ubezpieczenia oraz przepisów o automatycznej wymianie informacji podatkowych z innymi państwami.

Dodatkowo, jeżeli wyrażona była zgoda na przesyłanie informacji handlowych poprzez poszczególne kanały komunikacji elektronicznej (e-mail, sms, kontakt telefoniczny), zaprzestaniemy tych działań, jeżeli wycofasz wcześniej udzieloną w tym zakresie dobrowolną zgodę.

Kto może być odbiorcą Twoich danych:

Twoje dane osobowe mogą zostać przekazane do:

- upoważnionych do tego naszych pracowników,
- podmiotów przetwarzających dane w naszym imieniu, uczestniczących w wykonywaniu naszych czynności. Mogą to być m.in.:
 - agenci ubezpieczeniowi,
 - podmioty współpracujące z nami w procesie likwidacji szkód/ roszczeń,
 - podmioty realizujące usługi assistance,
 - podmioty świadczące nam usługi doradcze,
 - dostawcy usług informatycznych.
- innych administratorów danych przetwarzających dane we własnym imieniu np.:
 - zakładów reasekuracji,
 - placówek medycznych,
 - podmiotów prowadzących działalność płatniczą,
 - podmiotów prowadzących działalność pocztową lub kurierską,
 - innych podmiotów niezbędnych do wykonania umowy ubezpieczenia

Dodatkowo, Twoje dane osobowe mogą być przekazywane do odbiorców znajdujących się w państwach poza Europejskim Obszarem Gospodarczym, ale będzie to miało miejsce wyłącznie w sytuacji, gdy w przekazanie danych jest niezbędne do wykonania umowy ubezpieczenia.

Jakie masz prawa w zakresie przetwarzania Twoich danych osobowych:

- Prawo dostępu do danych oraz prawo żądania ich sprostowania, ich usunięcia lub ograniczenia ich przetwarzania, z zastrzeżeniem ograniczeń w realizacji prawa dostępu do danych wynikających z przepisów prawa. Dodatkowo, gdy podstawą przetwarzania danych osobowych jest przesłanka prawnie uzasadnionego interesu administratora, przysługuje Ci prawo wniesienia sprzeciwu wobec ich przetwarzania.
- W zakresie, w jakim dane są przetwarzane w celu wykonywania umowy ubezpieczenia przysługuje Ci prawo do przenoszenia danych osobowych, tj. do otrzymania od nas Twoich danych osobowych w powszechnie używanym formacie nadającym się do odczytu w celu przesłania ich innemu administratorowi danych.
- Prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego zajmującego się ochroną danych osobowych.

W celu skorzystania z powyższych praw, skontaktuj się z nami lub naszym inspektorem ochrony danych. Dane kontaktowe wskazane są powyżej.

Czy podanie danych osobowych jest obowiązkowe:

Podanie danych osobowych jest dobrowolne, jednak niepodanie danych niezbędnych do ustalenia przyczyn i okoliczności zdarzenia losowego, odpowiedzialności Administratora, zasadności zgłoszonych roszczeń, rozmiaru szkody i wysokości należnego świadczenia skutkuje odmową spełnienia/ wypłaty świadczenia.

- innych administratorów danych przetwarzających dane we własnym imieniu np.:
 - zakładów reasekuracji,
 - placówek medycznych,
 - podmiotów prowadzących działalność płatniczą,
 - podmiotów prowadzących działalność pocztową lub kurierską,
 - innych podmiotów niezbędnych do wykonania umowy ubezpieczenia

Dodatkowo, Twoje dane osobowe mogą być przekazywane do odbiorców znajdujących się w państwach poza Europejskim Obszarem Gospodarczym, ale będzie to miało miejsce wyłącznie w sytuacji, gdy w przekazanie danych jest niezbędne do wykonania umowy ubezpieczenia.

Jakie masz prawa w zakresie przetwarzania Twoich danych osobowych:

- Prawo dostępu do danych oraz prawo żądania ich sprostowania, ich usunięcia lub ograniczenia ich przetwarzania, z zastrzeżeniem ograniczeń w realizacji prawa dostępu do danych wynikających z przepisów prawa. Dodatkowo, gdy podstawą przetwarzania danych osobowych jest przesłanka prawnie uzasadnionego interesu administratora, przysługuje Ci prawo wniesienia sprzeciwu wobec ich przetwarzania.
- W zakresie, w jakim dane są przetwarzane w celu wykonywania umowy ubezpieczenia przysługuje Ci prawo do przenoszenia danych osobowych, tj. do otrzymania od nas Twoich danych osobowych w powszechnie używanym formacie nadającym się do odczytu w celu przesłania ich innemu administratorowi danych.
- Prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego zajmującego się ochroną danych osobowych.

W celu skorzystania z powyższych praw, skontaktuj się z nami lub naszym inspektorem ochrony danych. Dane kontaktowe wskazane są powyżej.

Czy podanie danych osobowych jest obowiązkowe:

Podanie danych osobowych jest dobrowolne, jednak niepodanie danych niezbędnych do ustalenia przyczyn i okoliczności zdarzenia losowego, odpowiedzialności Administratora, zasadności zgłoszonych roszczeń, rozmiaru szkody i wysokości należnego świadczenia skutkuje odmową spełnienia/ wypłaty świadczenia.

10. DO FORMULARZA PROSIMY DOŁĄCZYĆ NASTĘPUJĄCE DOKUMENTY:

Trwały Uszczerbek Na Zdrowiu Ubezpieczonego w wyniku Nieszczęśliwego Wypadku/ Złamanie Kości, Zwinięcie lub Skręcenie Stawu Ubezpieczonego/ Oparzenia lub Odmrożenia Ubezpieczonego/itp.

- dokument tożsamości Ubezpieczonego lub jego opiekuna prawnego w przypadku gdy Ubezpieczony jest niepełnoletni, np. dowodu osobistego lub paszportu (z zastąpionym wizerunkiem oraz przekreślonym dokumentem)
- dokumentacja medyczna z udzielania pierwszej pomocy medycznej bezpośrednio po zdarzeniu, zawierająca opis obrażeń ciała i diagnozę lekarską
- dokumentacja medyczna z przebiegu leczenia i rehabilitacji
- w przypadku wypadku komunikacyjnego, w którym Ubezpieczony był kierowcą pojazdu - prawo jazdy, dowód rejestracyjny pojazdu oraz notatka lub raport policyjny (jeżeli były sporządzone)

Pobyt w szpitalu Ubezpieczonego

- dokument tożsamości Ubezpieczonego lub jego opiekuna prawnego w przypadku gdy Ubezpieczony jest niepełnoletni, np. dowodu osobistego lub paszportu (z zastąpionym wizerunkiem oraz przekreślonym dokumentem)
- karta informacyjna z leczenia szpitalnego

Rany Ubezpieczonego

- dokument tożsamości Ubezpieczonego lub jego opiekuna prawnego w przypadku gdy Ubezpieczony jest niepełnoletni, np. dowodu osobistego lub paszportu (z zastąpionym wizerunkiem oraz przekreślonym dokumentem)
- dokumentacja medyczna z udzielania pierwszej pomocy medycznej bezpośrednio po zdarzeniu, zawierająca opis obrażeń ciała i diagnozę lekarską

Interwencja lekarska

- dokument tożsamości Ubezpieczonego lub jego opiekuna prawnego w przypadku gdy Ubezpieczony jest niepełnoletni, np. dowodu osobistego lub paszportu (z zastąpionym wizerunkiem oraz przekreślonym dokumentem)
- dokumentacja medyczna z udzielania pierwszej pomocy medycznej bezpośrednio po zdarzeniu, zawierająca opis obrażeń ciała i diagnozę lekarską,
- dokumentacja medyczna z wizyty kontrolnej

Refundacja kosztów

- dokument tożsamości Ubezpieczonego lub jego opiekuna prawnego w przypadku gdy Ubezpieczony jest niepełnoletni, np. dowodu osobistego lub paszportu (z zastąpionym wizerunkiem oraz przekreślonym dokumentem)
- faktury lub rachunki wystawione w związku z leczeniem następstw nieszczęśliwego wypadku
- całość dokumentacji medycznej z przebiegu leczenia następstw nieszczęśliwego wypadku

Poważne Zachorowanie Ubezpieczonego

- dokument tożsamości Ubezpieczonego lub jego opiekuna prawnego w przypadku gdy Ubezpieczony jest niepełnoletni, np. dowodu osobistego lub paszportu (z zastąpionym wizerunkiem oraz przekreślonym dokumentem)
- dokumentacja medyczna z diagnostyki i leczenia choroby
- wyniki badań specjalistycznych potwierdzających rozpoznanie choroby, np.: wynik badania histopatologicznego dla nowotworu złośliwego

Czasowa niezdolność do nauki

- dokument tożsamości Ubezpieczonego lub jego opiekuna prawnego w przypadku gdy Ubezpieczony jest niepełnoletni, np. dowodu osobistego lub paszportu (z zastąpionym wizerunkiem oraz przekreślonym dokumentem)
- dokumentacja medyczna z udzielania pierwszej pomocy medycznej bezpośrednio po zdarzeniu, zawierająca opis obrażeń ciała i diagnozę lekarską
- dokumentacja medyczna z przebiegu leczenia zawierająca wpis o czasowej niezdolności do nauki lub kopii zwolnienia lekarskiego

Śmierć Ubezpieczonego

- dokument tożsamości Ubezpieczonego, np. dowodu osobistego lub paszportu (z zastąpionym wizerunkiem oraz przekreślonym dokumentem)
- odpis skrócony aktu zgonu
- karta statystyczna do karty zgonu lub inny dokument zawierający przyczynę zgonu
- dokument zamykający postępowanie wyjaśniające (jeżeli było prowadzone np. przez policję, prokuraturę lub sąd)
- w przypadku zgłoszenia roszczenia z tytułu śmierci Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku w ruchu lądowym, wodnym lub powietrznym należy dołączyć kopię dowodu rejestracyjnego pojazdu, którego Ubezpieczony był kierowcą oraz kopię prawa jazdy

W uzasadnionych przypadkach uzasadnionych, inne dodatkowe dokumenty wskazane przez SIGNAL IDUNA Polska TU S.A. niezbędne do ustalenia zasadności roszczenia w kontekście zapisów Ogólnych Warunków Ubezpieczenia/umowy ubezpieczenia.

JAK ZGŁOSIĆ SZKODĘ

- **ONLINE**, wejdź na stronę www.signal-iduna.pl/zglos-szkode
Wybierz **Ubezpieczenia NNW**

Lub

- Pobierz i wypełnij formularz zgłoszenia szkody
(dostępny na www.signal-iduna.pl)
i wyślij na adres:
SIGNAL IDUNA Polska TU S.A.
ul. Przyokopowa 31
01-208 Warszawa