

Formularz Zgłoszenia Szkody z Ubezpieczenia Następstw Nieszczęśliwych Wypadków

SIGNAL IDUNASIGNAL IDUNA Polska
Towarzystwo Ubezpieczeń S.A.

WYKAZ DOKUMENTÓW NIEZBĘDNYCH DO ROZPATRZENIA SZKODY

Wszelkie kopie należy poświadczyć za zgodność z oryginałem

1. Kopia dowodu osobistego poszkodowanego lub rodzica/ opiekuna prawnego (w przypadku gdy poszkodowany jest osobą niepełnoletnią).
2. Kopia dokumentacji medycznej z udzielania pierwszej pomocy po zdarzeniu zawierająca opis obrażeń ciała i diagnozę lekarską, wyniki badań.
3. Kopię dokumentacji medycznej z kontynuacji leczenia powypadkowego wraz z wynikami badań.
4. Kopia zaświadczenia lekarskiego o zakończeniu leczenia.
5. Inne dokumenty potwierdzające zgłaszane roszczenie.

(PROSZĘ WYPEŁNIĆ DRUKOWANYMI LITERAMI, CZARNYM LUB NIEBIESKIM DŁUGOPISEM)

Numer polisy Okres ochrony ubezpieczeniowej od do

1. DANE UBEZPIECZAJĄCEGO

(w przypadku, gdy Poszkodowaną osobą jest niepełnoletni, zgłoszenie szkody powinno być wypełnione i podpisane przez prawnego opiekuna osoby Poszkodowanej)

Imię i nazwisko/ Nazwa firmy

Adres zamieszkania/ Siedziby

Kontakt telefoniczny Mail:

2. DANE UBEZPIECZONEGO

Imię i nazwisko

PESEL

Adres zamieszkania

Adres korespondencyjny

Kontakt telefoniczny Mail:

Czy Ubezpieczony jest osobą pełnoletnią? Tak Nie, prosimy podać prawnego opiekuna:

Imię i nazwisko

PESEL

Adres korespondencyjny

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

3. DANE DOTYCZĄCE WYPADKU

Data Miejsce wypadku:

Okoliczności oraz przebieg wypadku:

Doznane obrażenia ciała:

Nazwa i adres placówki medycznej udzielającej pierwszej pomocy bezpośrednio po wypadku:

Nazwa i adres placówki medycznej prowadzącej leczenie po wypadku:

Dane personalne, specjalizacja oraz adres lekarza prowadzącego leczenie:

Czy leczenie skutków wypadku zostało zakończone?

Nie - przewidywany termin zakończenia leczenia _____

Tak - data zakończenia leczenia _____

Czy byli świadkowie wypadku? Nie Tak, prosimy podać dane personalne oraz adresy świadków:

Nazwa i adres instytucji prowadzącej sprawę, jeżeli do wypadku doszło w wyniku przestępstwa lub wypadku drogowego, Nr sprawy:

Czy w chwili wypadku Poszkodowany był pod wpływem alkoholu, narkotyków lub innych środków odurzających? Tak Nie

4. DYSPONICJA SPOSOBU WYPŁATY ŚWIADCZENIA W PRZYPADKU USTALENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI SIGNAL IDUNA POLSKA TU S.A.

Kwotę świadczenia proszę przesłać na wskazany poniżej rachunek bankowy:

właściciel rachunku: _____ nazwa, oddział banku: _____

numer rachunku bankowego:

5. OŚWIADCZENIE UBEZPIECZONEGO/ ZGŁASZAJĄCEGO ROSZCZENIE

- Oświadczam, że podane przez 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 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 Polska Towarzystwo Ubezpieczeń 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 udzielili 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 Polska Towarzystwo Ubezpieczeń 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 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.

Czytelny podpis Poszkodowanego/ prawnego opiekuna

Miejscowość i Data

Czytelny podpis Ubezpieczającego

Miejscowość i Data