

**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: 5 2 1 2 1 6 Okres ochrony ubezpieczeniowej od 0 1 0 2 2 0 2 2
do 3 1 0 1 2 0 2 3

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

miejsce na pieczęć Ubezpieczającego
(np. szkoła, przedszkole)

WYPEŁNIA UBEZPIECZONY/ ZGŁASZAJĄCY ROSZCZENIE

1. DANE UBEZPIECZONEGO/ ZGŁASZAJĄCEGO ROSZCZENIE

Imię: _____ Nazwisko: _____

PESEL: _____ Data urodzenia: DD MM RR RR RR RR

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 Ubezpiezonego w wyniku Nieszczęśliwego Wypadku	<input type="checkbox"/>
Złamanie Kości, Zwinięcie lub Skręcenie Stawu Ubezpiezonego	<input type="checkbox"/>
Interwencja lekarska	<input type="checkbox"/>
Rany Ubezpiezonego	<input type="checkbox"/>
Wstrząśnienie Mózgu Ubezpiezonego	<input type="checkbox"/>
Pogryzienie bądź pokąsanie Ubezpiezonego przez zwierzęta lub ukąszenie przez owady	<input type="checkbox"/>
Oparzenie lub Odmrożenie Ubezpiezonego	<input type="checkbox"/>
Pobył Ubezpiezonego w Szpitalu w wyniku Nieszczęśliwego Wypadku <input type="checkbox"/> w wyniku Choroby <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Czasowa Niezdolność Ubezpiezonego 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 Ubezpiezonego	<input type="checkbox"/>
Śmierć Ubezpiezonego w wyniku Nieszczęśliwego Wypadku (w tym: Wypadku Komunikacyjnego <input type="checkbox"/> , Nieszczęśliwego Wypadku na terenie Placówki Oświatowej <input type="checkbox"/>)	<input type="checkbox"/>
Śmierć Ubezpiezonego 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 Ubezpiezonego w wyniku Nieszczęśliwego Wypadku	<input type="checkbox"/>
Inne	<input type="checkbox"/>

3. DANE UBEZPIECZONEGO/ OSOBY, KTÓREJ DOTYCZY ROSZCZENIE

Imię i nazwisko: _____

Data urodzenia: DD MM RR RR RR RR PESEL: _____

4. DANE DOTYCZĄCE WYPADKU

Data zdarzenia:

Okoliczności oraz przebieg zdarzenia: _____

Nazwa i adres placówki medycznej udzielającej pierwszej pomocy bezpośrednio po zdarzeniu: _____

Czy w związku z zaistniałym zdarzeniem prowadzone jest dochodzenie lub toczy się postępowanie sądowe lub prokuratorskie?* Tak Nie

*Proszę podać przyczynę i rodzaj postępowania.

Czy Ubezpieczony w chwili wypadku znajdował się pod wpływem alkoholu, narkotyków, środków odurzających, środków farmakologicznych lub toksycznych bądź innych środków o podobnym działaniu?* Tak Nie

DOTYCZY REFUNDACJI PONIESIONYCH KOSZTÓW:

Czy posiada Pan/ Pani inną polisę obejmującą ochroną ubezpieczeniową to zdarzenie? Tak Nie

Jeśli tak, to prosimy podać nazwę firmy ubezpieczeniowej _____

Czy zgłosił/a Pan/ Pani szkodę z kosztów leczenia do innej firmy ubezpieczeniowej? Tak Nie

Jeśli tak, to prosimy podać nazwę firmy ubezpieczeniowej _____

Oświadczam, że nie będę dochodził/a roszczeń od innych zakładów ubezpieczeń, dotyczących rachunków, które zostały zrefundowane – w oparciu o KC art. 824.1.

5. DYSPOZYCJA SPOSOBU WYPŁATY ŚWIADCZENIA W PRZYPADKU USTALENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI SIGNAL IDUNA POLSKA TU S.A.

Kwotę świadczenia proszę przelać na wskazany poniżej rachunek bankowy:

właściciel rachunku: _____

numer rachunku bankowego:

6. OŚWIADCZENIA

OŚWIADCZENIE UBEZPIECZONEGO/ ZGŁASZAJĄCEGO ROSZCZENIE

Oświadczam, że:

1. Wszystkie dane zawarte w tym dokumencie są prawdziwe i zgodne z moją najlepszą wiedzą. 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.
2. Oświadczam, iż załączone kopie dokumentów są zgodne z posiadanymi przeze mnie oryginałami lub uwierzytelnionymi przez uprawnione podmioty kopiami dokumentów. Mam świadomość, że SIGNAL IDUNA Polska TU S.A. zastrzega sobie prawo żądania do wglądu oryginałów dokumentów.
3. Wyrażam zgodę na występowanie przez SIGNAL IDUNA 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 przepisach ustawy o działalności ubezpieczeniowej, w celach związanych z oceną ryzyka ubezpieczeniowego i weryfikacją podanych przeze mnie danych oraz ustaleniem prawa do świadczenia z zawartej umowy ubezpieczenia i wysokością tego świadczenia. 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.
4. Upoważniam każdy podmiot wykonujący działalność leczniczą, który posiada o mnie informacje do ujawnienia ich treści SIGNAL IDUNA Polska TU S.A. oraz jego reasekuratorom, a w szczególności każdej informacji o moim stanie zdrowia, w zakresie niezbędnym do przeprowadzenia oceny ryzyka ubezpieczeniowego lub ustalenia odpowiedzialności z tytułu umowy ubezpieczenia zawartej na podstawie niniejszego wniosku oraz wyrażam zgodę na występowanie przez SIGNAL IDUNA Polska TU S.A. o powyższe informacje w tym o kserokopię dokumentacji medycznej do ww. podmiotów.
5. Oświadczam, że otrzymałem/ am informację dotyczącą przetwarzania danych osobowych.

INFORMACJA DOTYCZĄCA TRYBU SKŁADANIA I ROZPATRYWANIA REKLAMACJI

1. Klient, może składać skargi, zażalenia i reklamacje zawierające zastrzeżenia dotyczące usług świadczonych przez SIGNAL IDUNA (zwane dalej łącznie „reklamacjami”).
2. Reklamacje można zgłaszać w następujących miejscach i formie:
 - a) pisemnie na adres: SIGNAL IDUNA Polska TU S.A., ul. Siedmiogrodzka 9, 01-204 Warszawa,
 - b) faksem na numer: 22 505 61 01,
 - c) pocztą elektroniczną: reklamacje@signal-iduna.pl,
 - d) telefonicznie pod numerem 0 801 120 120 lub 22 505 65 06,
 - 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).
3. 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).
4. 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. W przypadku niedotrzymania powyższych terminów rozpatrzenia reklamacji i udzielenia odpowiedzi, reklamację uważa się za rozpatrzoną zgodnie z wolą klienta.
5. Odpowiedź na reklamację jest udzielana w formie papierowej lub na innym trwałym nośniku, a na wniosek klienta – może być również dostarczona pocztą elektroniczną.
6. Klient może też składać skargi i zażalenia na działalność SIGNAL IDUNA do Komisji Nadzoru Finansowego, Rzecznika Finansowego, miejskiego lub powiatowego Rzecznika Konsumentów oraz innych organów zajmujących się ochroną klientów podmiotów rynku finansowego. Podmiotem uprawnionym do prowadzenia postępowania w sprawie pozasądowego rozwiązywania sporów konsumenckich jest Rzecznik Finansowy (<https://rf.gov.pl/>). Powództwo o roszczenia wynikające z umowy ubezpieczenia można wytoczyć albo według przepisów o właściwości ogólnej albo przed sądem właściwym dla miejsca zamieszkania lub siedziby klienta. SIGNAL IDUNA podlega nadzorowi Komisji Nadzoru Finansowego.

ZGODY MARKETINGOWE

1. Wyrażam zgodę na udostępnienie moich danych osobowych do SIGNAL IDUNA Życie Polska TU S.A., z siedzibą ul. Siedmiogrodzka 9, 01-204 Warszawa, w celach marketingowych.

TAK / NIE

2. Wyrażam zgodę na otrzymywanie od SIGNAL IDUNA Polska TU S.A., a także – w przypadku wyrażenia zgody z pkt powyżej – od SIGNAL IDUNA Życie Polska TU S.A., z siedzibą ul. Siedmiogrodzka 9, 01-204 Warszawa, informacji handlowo-marketingowych przesyłanych z użyciem urządzeń telekomunikacyjnych i tzw. automatycznych systemów wywołujących, wybierając, jako formę kontaktu:

wiadomości SMS/MMS

TAK / NIE

wiadomości e-mail

TAK / NIE

telefoniczny

TAK / NIE

7. PODPISY

_____	<u> </u> <u> </u> <u> </u> <u> </u> <u> </u> <u> </u> <u> </u> <u> </u>	_____
Miejscowość	Data	Czytelny podpis Poszkodowanego/ prawnego opiekuna
_____	<u> </u> <u> </u> <u> </u> <u> </u> <u> </u> <u> </u> <u> </u> <u> </u>	_____
Miejscowość	Data	Czytelny podpis i pieczętka Ubezpieczającego

8. ZGŁOSZENIE SZKODY U POŚREDNIKA UBEZPIECZENIOWEGO

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

_____	<u> </u> <u> </u> <u> </u> <u> </u> <u> </u> <u> </u> <u> </u> <u> </u>	_____
Miejscowość	Data przyjęcia zgłoszenia	Czytelne imię i nazwisko oraz podpis osoby zgłaszającej roszczenie
_____	<u> </u> <u> </u> <u> </u> <u> </u> <u> </u> <u> </u> <u> </u> <u> </u>	_____
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. Siedmiogrodzkiej 9 w Warszawie (01-204).

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, spełnienia/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.

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

Ponadto osoba, której dane dotyczą ma prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego, zajmującego się ochroną danych osobowych (Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych).

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, Zwłknięcie 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.