

Oświadczenie Dotyczące potwierdzenia dokumentów

Dobrze wiedzieć, że jest SIGNAL IDUNA.

Niniejszym, ja

.....
Imię i nazwisko

PESEL

Oświadczam, iż przesłane przeze mnie kopie dokumentów są zgodne z oryginałami.

Zdaję sobie sprawę z faktu, iż w przypadku podania informacji nieprawdziwych lub zatajenia informacji prawdziwych SIGNAL IDUNA Życie Polska TU S.A. może odmówić wypłaty świadczenia ubezpieczeniowego na zasadach określonych w ogólnych warunkach ubezpieczenia i kodeksie cywilnym.

Ponadto oświadczam, iż wiem, że podrobienie lub przerobienie dokumentu lub posłużenie się takim dokumentem jako autentycznym jest występkiem w świetle kodeksu karnego.

.....
Miejscowość

Data

.....
Podpis składającego oświadczenie

FORMULARZ ZGŁOSZENIA ROSZCZENIA Z TYTUŁU GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE

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

Numer polisy:

WYPEŁNIA UBEZPIECZONY/ ZGŁASZAJĄCY ROSZCZENIE

1. DANE UBEZPIECZONEGO/ZGŁASZAJĄCEGO ROSZCZENIE

Imię: Nazwisko: PESEL: Data urodzenia:

Seria i numer dokumentu tożsamości: Obywatelstwo: Państwo urodzenia:

Adres do korespondencji:

tel. kom.: email:

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”)

| | |
|--|--------------------------|
| Śmierć Ubezpieczonego | <input type="checkbox"/> |
| Śmierć Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku (w tym: wypadku przy pracy <input type="checkbox"/>) | <input type="checkbox"/> |
| Śmierć Ubezpieczonego w wyniku wypadku w ruchu lądowym, wodnym lub powietrznym | <input type="checkbox"/> |
| Śmierć Ubezpieczonego spowodowana zawałem serca lub udarem mózgu | <input type="checkbox"/> |
| Osierocenie dziecka w wyniku śmierci Ubezpieczonego | <input type="checkbox"/> |
| Trwały uszczerbek na zdrowiu Ubezpieczonego spowodowany nieszczęśliwym wypadkiem bądź zawałem serca lub udarem mózgu | <input type="checkbox"/> |
| Wystąpienie u Ubezpieczonego lub Współubezpieczonego (małżonka lub dziecka) poważnego zachorowania | <input type="checkbox"/> |
| Pobyt Ubezpieczonego lub Współubezpieczonego (małżonka lub dziecka) w szpitalu | <input type="checkbox"/> |
| Przebiecie operacji chirurgicznej spowodowanej chorobą lub nieszczęśliwym wypadkiem | <input type="checkbox"/> |
| Wystąpienie niezdolności Ubezpieczonego do pracy | <input type="checkbox"/> |
| Urodzenie dziecka (obejmuje przypadki: noworodka martwo narodzonego <input type="checkbox"/> urodzenia dziecka z wadą wrodzoną <input type="checkbox"/> urodzenia dzieci w wyniku ciąży mnogiej <input type="checkbox"/>) | <input type="checkbox"/> |
| Śmierć członka rodziny Ubezpieczonego: małżonka <input type="checkbox"/> partnera <input type="checkbox"/> dziecka <input type="checkbox"/> rodzica <input type="checkbox"/> teścia <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Inne | <input type="checkbox"/> |

3. DANE UBEZPIECZONEGO/ OSOBY, KTÓREJ DOTYCZY ROSZCZENIE (MAŁŻONEK, PARTNER, RODZIC, TEŚĆ, DZIECKO)

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:

.....

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 jakikolwiek 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?* Tak Nie

Kto i gdzie udzielił Ubezpieczonemu pierwszej pomocy bezpośrednio po wypadku?

.....

Czy w związku z zaistniałym zdarzeniem zostało wezwane pogotowie ratunkowe? 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 leczył 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. | 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. OŚWIADCZENIA**OŚWIADCZENIE UBEZPIECZONEGO/ ZGŁASZAJĄCEGO ROSZCZENIE**

Oświadczam, że:

- 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, 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 i informacje w zakresie świadczeniodawców (nazwa i adres), którzy udzielili mi świadczeń opieki zdrowotnej w związku z wypadkiem lub zdarzeniem losowym.
- Upoważniam personel medyczny, w tym każdego lekarza, grupową praktykę lekarską, a także każdą placówkę służby zdrowia, które posiadają o mnie informacje do ujawnienia ich treści SIGNAL IDUNA Życie 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 Życie Polska TU S.A. o powyższe informacje w tym o kserokopię dokumentacji medycznej do ww. podmiotów.
- Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych dotyczących stanu zdrowia w celu wykonania umowy ubezpieczenia.
- Oświadczam świadomy/a odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia, że w rozumieniu Ustawy z dnia 1 marca 2018 roku o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu:

jestem / nie jestem osobą zajmującą eksponowane stanowisko polityczne, osobą znaną jako bliski współpracownik osoby zajmującej eksponowane stanowisko polityczne lub członkiem rodziny osoby zajmującej eksponowane stanowisko polityczne.Informujemy, iż wykaz definicji w rozumieniu Ustawy o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu znajduje się pod adresem: <https://www.signal-iduna.pl/signaliduna/lad-korporacyjny/>**INFORMACJA DOTYCZĄCA TRYBU SKŁADANIA I ROZPATRYWANIA REKLAMACJI**

- Klient, może składać skargi, zażalenia i reklamacje zawierające zastrzeżenia dotyczące usług świadczonych przez SIGNAL IDUNA (zwane dalej łącznie „reklamacjami”).
- Reklamacje można zgłaszać w następujących miejscach i formie:
 - pisemnie na adres: SIGNAL IDUNA Życie Polska TU S.A., ul. Przykopywa 31, 01-208 Warszawa,
 - faksem na numer: 22 505 61 01,
 - pocztą elektroniczną: reklamacje@signal-iduna.pl,
 - telefonicznie pod numerem 0 801 120 120 lub 22 505 65 06,
 - 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).
- 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).
- 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.
- Odpowiedź na reklamację jest udzielana w formie papierowej lub na innym trwałym nośniku, a na wniosek klienta – może być również dostarczona pocztą elektroniczną.
- 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 Polska TU S.A., z siedzibą ul. Przyokopowa 31, 01-208 Warszawa, w celach marketingowych.

TAK / NIE

2. Wyrażam zgodę na otrzymywanie od SIGNAL IDUNA Życie Polska TU S.A., a także – w przypadku wyrażenia zgody z pkt powyżej – od SIGNAL IDUNA Polska TU S.A., z siedzibą ul. Przyokopowa 31, 01-208 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

8. INFORMACJE DOTYCZĄCE PRZETWARZANIA DANYCH OSOBOWYCH

Kto jest administratorem Twoich danych osobowych:

SIGNAL IDUNA Życie Polska Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. z siedzibą przy ul. Przyokopowej 31 w Warszawie (01-208).

Kontakt: email: info@signal-iduna.pl, formularz kontaktowy pod adresem www.signal-iduna.pl, tel. +48 22 505 65 06 lub pisemnie na adres naszej siedziby.

W sprawach dotyczących przetwarzania danych osobowych możesz skontaktować się bezpośrednio z naszym inspektorem ochrony danych: email iod@signal-iduna.pl lub pisemnie na powyższy adres.

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 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 w ramach wykonania obowiązku nałożonego na Administratora przepisami prawa lub za zgodą osoby, której dane dotyczą, jeżeli jest wymagana,
- spełnienie/wypłata świadczenia lub odszkodowania należnego w wyniku wystąpienia zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową wobec osoby uprawnionej do świadczenia. Podstawą prawną przetwarzania danych jest niezbędność do wykonania umowy, której stroną jest osoba oraz niezbędność do wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na administratorze,
- dochodzenie roszczeń regresowych lub roszczeń z tytułu nienależnie wypłaconego świadczenia – przetwarzanie danych stanowi w tym przypadku prawnie usprawiedliwiony interes Administratora,
- reasekuracja ryzyk – podstawą prawną przetwarzania danych jest niezbędność do realizacji prawnie uzasadnionego interesu administratora, 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.

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.

Kto może być odbiorcą Twoich danych:

W zależności od realizowanych usług, Twoje dane osobowe mogą zostać przekazane do:

- upoważnionych do tego naszych pracowników,
- podmiotów przetwarzających dane w naszym imieniu, uczestniczącym 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,
 - innym 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 lub przetwarzania. 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 lub przetwarzane są na podstawie zgody – 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 do wycofania udzielonych zgód (nie wpływa to jednak na zgodność z prawem przetwarzania danych osobowych, które miało miejsce przed ich wycofaniem).
- 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 wymogiem ustawowym wynikającym z ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej. 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.

9. PODPIS

.....
Miejscowość

.....
Data

.....
Czytelny podpis Ubezpieczonego/ Zgłaszającego roszczenie

10. DANE UBEZPIECZAJĄCEGO WYPEŁNIA UBEZPIECZAJĄCY – WYŁĄCZNIE, GDY UBEZPIECZENIE ZAWARTE ZA POŚREDNICTWEM ZAKŁADU PRACY (PRACOWNICZE).

Pełna nazwa lub pieczęć firmowa Ubezpieczającego:

.....
Miejscowość

.....
Data

.....
Czytelny podpis osoby reprezentującej Ubezpieczającego

11. ZGŁOSZENIE SZKODY U POŚREDNIKA UBEZPIECZENIOWEGO

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

.....
Miejscowość

.....
Data przyjęcia zgłoszenia

.....
Czytelny podpis osoby zgłaszającej roszczenie

.....
Czytelny podpis Pośrednika ubezpieczeniowego