

ZGŁOSZENIE SZKODY Z UBEZPIECZENIA KOSZTÓW REZYGNACJI LUB PRZERWANIA IMPREZY TURYSTYCZNEJ/ ANULACJI BILETU LOTNICZEGO, AUTOKAROWEGO, PROMOWEGO/ ANULACJI REZERWACJI NOCLEGÓW

Prosimy o dokładne wypełnienie poniższego formularza i dostarczenie drogą korespondencyjną bezpośrednio na adres SIGNAL IDUNA Polska TU S.A. lub za pośrednictwem biura podróży. Do formularza prosimy dołączyć:

1. Zał. Nr 1 do druku zgłoszenia szkody z ubezpieczenia kosztów rezygnacji lub przerwania imprezy turystycznej/ anulacji biletu lotniczego, autokarowego, promowego/ anulacji rezerwacji noclegów.
2. Polisę (nie dotyczy umów generalnych).
3. Umowę uczestnictwa w imprezie turystycznej wraz z Warunkami Uczestnictwa w imprezie turystycznej i oświadczenie o rezygnacji lub przerwaniu uczestnictwa w imprezie turystycznej poświadczane w biurze podróży – dotyczy wariantu RG/ RGS.
4. Bilet lotniczy, autokarowy, promowy.
5. Umowę rezerwacji noclegów – dotyczy wariantu RGH.
6. Dowody wniesionych opłat za imprezę turystyczną / bilet lotniczy, autokarowy, promowy/ rezerwację noclegów.

Dodatkowo, w zależności od rodzaju szkody prosimy dołączyć:

1. dokumentację medyczną wraz z diagnozą lekarską.
2. Protokół policji z miejsca zdarzenia.
3. Akt zgonu.
4. Rachunki i dowody poniesionych kosztów za transport powrotny.
5. Zaświadczenie z biura podróży o kosztach transportu powrotnego przewidzianych w umowie.
6. Inne dokumenty potwierdzające zgłaszane roszczenia.
7. Wypowiedzenie umowy o pracę.
8. Wyznaczenie daty rozpoczęcia pracy.
9. Wezwanie do stawiennictwa w sądzie.
10. Dokumenty potwierdzające uczestnictwo w procedurze pobierania szpiku kostnego.

Adres do korespondencji:

SIGNAL IDUNA Polska TU S.A., Zespół Obsługi Roszczeń Turystycznych

Ul. Przyokopowa 31, 01-208 Warszawa, tel. 22 505 61 60

1. DANE O UBEZPIECZONYM

Nazwisko i imię:

Adres:
kod pocztowy miejscowość ulica nr domu/mieszkania

Data urodzenia:
dzień miesiąc rok telefon e-mail

Adres do korespondencji:

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

2. DANE O POLISIE

Nr polisy: ważna od do
dzień miesiąc rok dzień miesiąc rok

3. RODZAJ SZKODY

Koszty rezygnacji z imprezy turystycznej ☐ Koszty przerwania uczestnictwa w imprezie turystycznej ☐
Koszty anulowania biletu lotniczego, autokarowego, promowego ☐ Koszty anulowania rezerwacji noclegów ☐

4. INFORMACJE O IMPREZIE TURYSTYCZNEJ/ BILECIE LOTNICZYM, AUTOKAROWYM, PROMOWYM/ REZERWACJI NOCLEGU

Nazwa biura podróży, obiektu hotelarskiego, internetowego systemu rezerwacyjnego, w którym wykupiono imprezę turystyczną/ bilet lotniczy, autokarowy, promowy/ rezerwację noclegów:

kraj docelowy wykupiono w dniu:
dzień miesiąc rok godzina

początek imprezy /data wylotu/
początek pobytu w obiekcie hotelarskim:
dzień miesiąc rok godzina koniec imprezy/ data powrotu/ koniec pobytu w obiekcie hotelarskim:
dzień miesiąc rok godzina

środek transportu (dla wariantu RG/ RGS): samolot ☐ statek ☐ autobus ☐ kolej ☐ inne

5. PRZYCZYNA REZYGNACJI Z IMPREZY TURYSTYCZNEJ/ ANULACJI BILETU LOTNICZEGO, AUTOKAROWEGO, PROMOWEGO/ REZERWACJI NOCLEGU

A. nagle zachorowanie ☐ śmierć ☐ przedwczesny poród ☐ szkoda w mieniu ☐ nieszczęśliwy wypadek ☐ inne

B. przy nieszczęśliwych wypadkach podać kto spowodował wypadek:

C. data zdarzenia, które doprowadziło do rezygnacji/ przerwania uczestnictwa/ anulacji biletu lotniczego, autokarowego, promowego/ anulacji rezerwacji noclegów:

D	D	M	M	R	R	R	R	G	G
dzień		miesiąc		rok				godzina	

D. Data pisemnego zgłoszenia rezygnacji/ przerwania uczestnictwa/ anulacji biletu lotniczego, autokarowego, promowego w biurze podróży/ obiekcie hotelarskim,

internetowym systemie rezerwacyjnym:

D	D	M	M	R	R	R	R	G	G
dzień		miesiąc		rok				godzina	

E. Jeżeli zgłoszenie rezygnacji/ przerwania uczestnictwa/ anulacji biletu lotniczego, autokarowego, promowego/ anulacji rezerwacji noclegów nie nastąpiło w ciągu 2 dni

od daty zdarzenia, prosimy o podanie powodu:

F. Kogo dotyczy zdarzenie?

• Ubezpieczonego? tak ☐ nie ☐ nazwisko i imię:

• Osoby bliskiej nie biorącej udziału w imprezie? tak ☐ nie ☐

stopień pokrewieństwa z uczestnikiem imprezy/ lotu/ pobytu:

nazwisko i imię: data urodzenia:

adres zamieszkania:

• Osoby towarzyszącej w wyjeździe? tak ☐ nie ☐

nazwisko i imię: data urodzenia:

adres zamieszkania:

6. INNE INFORMACJE

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

Jeśli tak, to prosimy podać:

nazwę zakładu ubezpieczeń: nr polisy:

Czy zgłosił/a Pan/Pani szkodę do innej firmy ubezpieczeniowej? ☐ Tak ☐ Nie

Jeżeli tak, to prosimy podać nazwę zakładu ubezpieczeń

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

7. 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: email: 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: <https://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 przysyłanie 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.:
 - agencji ubezpieczeniowej,
 - podmioty współpracujące z nami w procesie likwidacji szkód/roszczeń,
 - podmioty realizujące usługi assistance,
 - podmioty świadczące nam usługi doradcze,
 - dostawcy usług informatycznych,

- zakładów reasekuracji,
- placówek medycznych,
- podmiotów prowadzących działalność płatniczą,
- podmiotów prowadzących działalność pocztową lub kurierską,
- innych podmiotów niezbędnych do wykonania umowy ubezpieczenia

w przekazanie danych jest niezbędne do wykonania umowy ubezpieczenia. **Jakie masz prawa w zakresie przetwarzania Twoich danych osobowych**

- 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.

8. REKLAMACJE

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:

- pisemnie na adres: SIGNAL IDUNA Polska TU S.A., ul. Przyokopowa 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 Usługi Ubezpieczonych.

e) osobiście w siedzibie SIGNAL IDUNA (adres jak wyżej) lub Regionalnym Centrum Obsługi Ubezpieczeń (których dane kontaktowe podane są na stronie internetowej i na bieżąco aktualizowane).

4. SĄGĄCY IADUNA rozstrzyga reklamację i udziela na nią odpowiedzi nie później niż w terminie 30 dni od dnia jej otrzymania, chyba że mają miejsce szczególnie skomplikowane okoliczności.

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, reklamacje uważa się za rozpatrzoną zgodnie z wolą Klienta.

5. Odpowiedź na reklamację jest udzielana w formie papierowej, a na wniosek klienta – może być również dostarczona pocztą elektroniczną.

9. FORMA WYPŁATY ODSZKODOWANIA

Należne odszkodowanie należy przekazać na złotówkowe konto bankowe o numerze:

[illegible]

Nazwa i nr oddziału banku:

Nazwisko i imię właściciela konta bankowego:

10. ZGODY MARKETINGOWE

1. Wyrażam zgodę na udostępnienie moich danych osobowych do SIGNAL IDUNA Życie Polska TU S.A., z siedzibą ul. Przekopowa 31, 01-208 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. 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 ☐

11. OŚWIADCZENIE

1. Oświadczam, że powyższe informacje zostały przeze mnie udzielone zgodnie z prawdą i według najlepszej wiedzy.

2. Zwalniam lekarzy leczących mnie w kraju stałego miejsca zamieszkania i za granicą z obowiązku dochowania tajemnicy lekarskiej oraz zezwalam na udostępnienie dokumentacji z przebiegu leczenia, a w przypadku publicznych i niepublicznych zakładów opieki zdrowotnej zwalniam je z obowiązku dochowania tajemnicy oraz zezwalam na udostępnienie wszelkiego rodzaju dokumentacji medycznej dotyczącej mojej osoby o którą poprosi SIGNAL IDUNA.

3. Zwalniam inne zakłady ubezpieczeń, urzędy i instytucje z obowiązku zachowania tajemnicy wobec SIGNAL IDUNA.

.....

Data i podpis Ubezpieczonego