

13. Nazwy i adresy placówek medycznych, w których Ubezpieczony leczyl się przed zachorowaniem / wypadkiem:

.....
.....

14. Nazwy i adresy placówek medycznych, w których Ubezpieczony leczyl się po zachorowaniu / wypadku:

.....
.....

15. Kto i gdzie udzielił Ubezpieczonemu pierwszej pomocy medycznej?

.....

16. Nazwisko i imię oraz adres lekarza który udzielił pierwszej pomocy za granicą. :

.....

17. Jeżeli zdarzenie dotyczyło wypadku komunikacyjnego, prosimy podać nr rejestracyjny samochodu i komisariat policji, na który sprawa została zgłoszona:

.....

18. Jeśli są świadkowie zdarzenia, to podać nazwiska i imiona oraz ich adresy:

.....
.....
.....

19. Wielkość szkody:

Data rachunku	Kwota w lokalnej walucie	Czego dotyczy rachunek	Kto opłacił rachunek

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

Jeśli tak, to prosimy podać:

nazwę zakładu ubezpieczeń: nr polisy:

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

Jeśli tak, to prosimy podać:

nazwę zakładu ubezpieczeń:

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

4. 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: email: 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

Do formularza prosimy dołączyć

– polisę (nie dotyczy umów generalnych) oraz następujące dokumenty:

1. **W przypadku kosztów leczenia, dotyczących nagłego zachorowania lub nieszczęśliwego wypadku:**
 - a) dokumentację medyczną z dnia zdarzenia zawierającą diagnozę lekarską
 - b) rachunki i dowody poniesionych kosztów za udzieloną pomoc lekarską, pogotowie ratunkowe oraz rachunków za zakupione leki i środki opatrunkowe
 - c) w przypadku powstania ran, obrażeń ciała bądź innych urazów – dokumentację medyczną z dnia zdarzenia lub początku leczenia (np. karta historii choroby) z opisem ran i uszkodzeń ciała lub ich skutków,
 - d) inne dokumenty niezbędne do ustalenia odpowiedzialności SIGNAL IDUNA (np. raport policji z miejsca wypadku, zeznania świadków z zaistniałego zdarzenia, dokument uprawniający do kierowania pojazdem, itp.)
 - e) oświadczenie szkoły potwierdzające, że dana osoba była opiekunem podczas imprezy turystycznej zorganizowanej przez szkołę lub na jej zlecenie przez organizatora turystyki z uwzględnieniem terminu imprezy turystycznej oraz jej destynacji.
2. **W przypadku śmierci Ubezpieczonego za granicą w skutek nagłego zachorowania lub nieszczęśliwego wypadku:**
 - a) dokumenty wymienione w pkt.1.,
 - b) akt zgonu oraz inne dokumenty związane z tym zdarzeniem, w szczególności dokumentację zawierającą informację o przyczynach zgonu,
 - c) rachunki i dowody poniesionych kosztów za transport zwłok Ubezpieczonego lub pochówek za granicą.
3. **W przypadku kosztów powstałych w skutek opóźnienia lotu/bagażu:**
 - a) dokument przewoźnika potwierdzający opóźnienie lotu/bagażu,
 - b) rachunki i dowody poniesionych kosztów potwierdzające niezbędne wydatki związane z opóźnieniem lotu/bagażu.
4. **W przypadku kosztów przedłużenia opieki nad zwierzętami domowymi (psem lub kotem):**
 - a) dokumentację medyczną zawierającą diagnozę lekarską i potwierdzającą okres hospitalizacji za granicą
 - b) dokument potwierdzający własność psa lub kota,
 - c) rachunki i dowody poniesionych kosztów potwierdzające koszty przedłużonego pobytu psa lub kota w hotelu dla zwierząt wraz z oświadczeniem hotelu dla zwierząt o ilości dni przedłużonego pobytu.
5. **W przypadku kosztów karnetu oraz kosztów uczestnictwa w zajęciach szkółki narciarskiej lub snowboardu:**
 - a) dokumentację medyczną zawierającą diagnozę lekarską i potwierdzającą okres hospitalizacji za granicą
 - b) rachunki i dowody poniesionych kosztów za karnet narciarski wraz z dokumentem potwierdzającym cenę karnetu oraz liczbę dni,
 - c) rachunki i dowody poniesionych kosztów za uczestnictwo w zajęciach szkółki narciarskiej lub snowboardu.