

## ZGŁOSZENIE SZKODY Z UBEZPIECZENIA BAGAŻU PODRÓŻNEGO/ SPRZĘTU SPORTOWEGO

Prosimy o dokładne wypełnienie poniższego formularza i dostarczenie drogą korespondencyjną bezpośrednio na adres SIGNAL IDUNA Polska TU S.A. lub za pośrednictwem biura podróży. Zgłoszenia elektroniczne prosimy kierować na adres: [info.likwidacja@signal-iduna.pl](mailto:info.likwidacja@signal-iduna.pl).

Do formularza prosimy dołączyć:

1. Protokół policji – jeśli został sporządzony.
2. Zaświadczenie od przewoźnika – jeśli zostało sporządzone.
3. Zaświadczenie z hotelu, domu wczasowego, kempingu itp. – Jeśli zostało sporządzone.

Dodatkowo, w zależności od rodzaju szkody prosimy dołączyć:

1. Zeznania świadków.
2. Rachunki i dowody poniesionych kosztów potwierdzające wypożyczenie sprzętu sportowego.
3. Inne dokumenty potwierdzające zgłaszane roszczenia.

**Adres do korespondencji:**

**SIGNAL IDUNA Polska TU S.A.,  
Zespół Obsługi Roszczeń Turystycznych i Affinity  
ul.Siedmiogrodzka 9, 01-204 Warszawa; tel. 22 505 65 06**

### 1. DANE OSOBOWE UBEZPIECZONEGO

1. Nazwisko i imię:

2. Adres: .....  
kod pocztowy miejscowość  
 .....  
ulica nr domu nr mieszkania nr telefonu

3. Adres do korespondencji: .....

4. Adres e-mail:

5. Data urodzenia:         .....  
dzień miesiąc rok imiona rodziców

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

### 2. DANE O POLISIE

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

7. Ubezpieczający/Biuro podróży: .....

### 3. INFORMACJE O SZKODZIE

8. Data rozpoczęcia podróży:         .....  
dzień miesiąc rok godzina Data zakończenia podróży:          
dzień miesiąc rok godzina

9. Zdarzenie:         .....  
dzień miesiąc rok godzina .....  
miejscowość kraj

10. Rodzaj szkody: .....

11. Szczegółowy opis zdarzenia: .....

.....

.....

12. Zdarzenie zgłoszono: policji  / organizatorowi imprezy turystycznej  / przewoźnikowi  / w polskim przedstawicielstwie za granicą .

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

.....  
.....

14. Wykaz rzeczy zniszczonych i/ lub utraconych:

Nazwa przedmiotu	Rodzaj materiału	Wartość początkowa	Stopień uszkodzenia

Ogółem wysokość zgłoszonych roszczeń ..... złotych.

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

Jeśli tak, to prosimy podać:

nazwę zakładu ubezpieczeń: ..... nr polisy: .....

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

Jeśli tak, to prosimy podać:

nazwę zakładu ubezpieczeń: .....

17. 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. Siedmiogrodzkiej 31 w Warszawie (01-204).

**Kontakt:** email: [info@signal-iduna.pl](mailto:info@signal-iduna.pl), formularz kontaktowy pod adresem [www.signal-iduna.pl](http://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](mailto: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](http://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.
- Ilekcć 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.

##### 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.

##### Jaki 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. Masz również prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego zajmującego się ochroną 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.

## 5. 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:
  - 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: 22 505 65 06,
  - 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).
3. Reklamacja powinna zawierać dane kontaktowe klienta umożliwiające identyfikację i kontakt w celu udzielenia odpowiedzi (imię i nazwisko, adres, NIP i nazwę firmy, 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, a na wniosek klienta – może być również dostarczona pocztą elektroniczną.

## 6. FORMA WYPŁATY ODSZKODOWANIA

Należne odszkodowanie należy przekazać na zlotówkowe konto bankowe o numerze:

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

Nazwa i nr oddziału banku: .....

Nazwisko i imię właściciela konta bankowego: .....

## 7. 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	<b>TAK</b> <input type="checkbox"/> / <b>NIE</b> <input type="checkbox"/>
wiadomości e-mail	<b>TAK</b> <input type="checkbox"/> / <b>NIE</b> <input type="checkbox"/>
telefoniczny	<b>TAK</b> <input type="checkbox"/> / <b>NIE</b> <input type="checkbox"/>

## 8. OŚWIADCZENIE

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

.....

Data i podpis Ubezpieczającego/ pracownika biura podróży

.....

Data i podpis Ubezpieczonego/opiekuna prawnego