

**FORMULARZ ZGŁOSZENIA ROSZCZENIA
Z TYTUŁU UBEZPIECZENIA NNW DZIECI I MŁODZIEŻY SZKOLNEJ
ORAZ PERSONELU PLACÓWEK OŚWIATOWYCH**

SIGNAL IDUNA 

SIGNAL IDUNA Polska
Towarzystwo Ubezpieczeń S.A.

BRAK WYMAGANYCH PRZEZ UBEZPIECZYCIELA INFORMACJI, OKREŚLONYCH NINIEJSZYM FORMULARZEM,
MOŻE SPOWODOWAĆ WYDŁUŻENIE PROCESU ROZPATRYWANIA ZGŁASZANEGO ROSZCZENIA.

Numer polisy: _____ Okres ochrony ubezpieczeniowej od D D M M R R R R
do D D M M R R R R

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: D D M M R R R R

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 Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku	<input type="checkbox"/>
Złamanie kości, zwichnięcie lub skręcenie stawu Ubezpieczonego	<input type="checkbox"/>
Interwencja lekarska	<input type="checkbox"/>
Rana Ubezpieczonego	<input type="checkbox"/>
Wystąpienie wstrząśnienia mózgu <input type="checkbox"/> : w tym na terenie placówki oświatowej <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pogryzienie przez zwierzęta lub użądlenie	<input type="checkbox"/>
Oparzenie lub odmrożenie <input type="checkbox"/> : w tym na terenie placówki oświatowej <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pobyt Ubezpieczonego w szpitalu w wyniku nieszczęśliwego wypadku <input type="checkbox"/> w wyniku choroby <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Refundacja kosztów leczenia oraz kosztów rehabilitacji	<input type="checkbox"/>
Refundacja kosztów naprawy lub nabycia przedmiotów ortopedycznych i środków pomocniczych	<input type="checkbox"/>
Refundacja kosztów odbudowy zębów stałych uszkodzonych lub utraconych w wyniku nieszczęśliwego wypadku	<input type="checkbox"/>
Wystąpienie poważnego zachorowania	<input type="checkbox"/>
Śmierć Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku w tym <input type="checkbox"/> : wypadku komunikacyjnego <input type="checkbox"/> , nieszczęśliwego wypadku na terenie placówki oświatowej <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Śmierć Ubezpieczonego w wyniku zawału serca lub udaru mózgu	<input type="checkbox"/>
Śmierć rodzica Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku	<input type="checkbox"/>
Inne	<input type="checkbox"/>

3. DANE UBEZPIECZONEGO/ OSOBY, KTÓREJ DOTYCZY ROSZCZENIE

Imię i nazwisko: _____

Data urodzenia: D D M M R R R R 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 umową ubezpieczenia to zdarzenie? Tak Nie

Jeśli tak, to prosimy podać nazwę zakładu ubezpieczeń _____

Czy zgłosił/a Pan/ Pani szkodę z kosztów leczenia do innego zakładu ubezpieczeń? Tak Nie

Jeśli 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.

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

Kwotę świadczenia proszę przesłać na wskazany poniżej rachunek bankowy:

Właściciel rachunku: _____

Numer rachunku bankowego: _____

6. OŚWIADCZENIA

OŚWIADCZENIE UBEZPIECZONEGO/ ZGLASZAJĄCEGO 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. Upoważniam SIGNAL IDUNA Polska TU S.A. do pozyskiwania od podmiotów wykonujących działalność leczniczą w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej, które udzielały mi świadczeń zdrowotnych, informacji o moim stanie zdrowia (z wyłączeniem wyników badań genetycznych), przebiegu mojego leczenia związanych z oceną ryzyka ubezpieczeniowego lub ustaleniem prawa do świadczenia ubezpieczeniowego lub wysokości tego świadczenia, w zakresie wynikającym z powszechnie obowiązujących przepisów prawa.
4. Upoważniam SIGNAL IDUNA Polska TU S.A. do pozyskania od Narodowego Funduszu Zdrowia danych o nazwach i adresach świadczeniodawców, którzy udzielił mi świadczeń opieki zdrowotnej w związku z wypadkiem lub zdarzeniem losowym będącym podstawą ustalenia odpowiedzialności oraz wysokości odszkodowania lub świadczenia.
5. Oświadczam, że otrzymałem/ am Informację dotyczącą przetwarzania danych osobowych.

REKLAMACJE ORAZ SPORY SĄDOWE I POZASĄDOWE

1. Ubezpieczający, Ubezpieczony, Uposażony lub inny uprawniony do świadczenia (zwany dalej „Klientem”) 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:
 - 1) pisemnie:
 - a) na adres: SIGNAL IDUNA Polska TU S.A., ul. Siedmiogrodzka 9, 01-204 Warszawa,
 - b) na adres do doręczeń elektronicznych wpisany do bazy adresów elektronicznych, podany na stronie internetowej SIGNAL IDUNA,
 - 2) 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 spółki <http://www.signal-iduna.pl/signaliduna/kontakt> i na bieżąco aktualizowane);
 - 3) ustnie:
 - a) telefonicznie: pod numerem 22 505 65 06,
 - b) do protokołu: podczas wizyty 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 spółki <http://www.signal-iduna.pl/signaliduna/kontakt> i na bieżąco aktualizowane);
 - 4) w postaci elektronicznej z wykorzystaniem środków komunikacji elektronicznej na adres: reklamacje@signal-iduna.pl.
3. Reklamacja powinna zawierać dane kontaktowe Klienta umożliwiające jego identyfikację i kontakt w celu udzielenia odpowiedzi (imię i nazwisko, NIP i nazwę firmy, adres, numer umowy ubezpieczenia/Polisy, których reklamacja dotyczy, lub numer sprawy dotyczącej roszczenia, nadany wcześniej przez SIGNAL IDUNA) oraz przedmiot i zakres reklamacji.
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 szczególne okoliczności, uniemożliwiające rozpatrzenie reklamacji i udzielenie odpowiedzi w tym terminie. W takiej sytuacji SIGNAL IDUNA poinformuje Klienta, który złożył reklamację, o przyczynach opóźnienia i 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 na piśmie. Odpowiedź na reklamację może być dostarczona pocztą elektroniczną wyłącznie na wniosek Klienta.
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.
7. Podmiotem uprawnionym do prowadzenia postępowania w sprawie pozasądowego rozwiązywania sporów konsumenckich jest Rzecznik Finansowy – strona internetowa: <https://rf.gov.pl/>.
8. Zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) Nr 524/2013 z dnia 21 maja 2013 r. w sprawie internetowego systemu rozstrzygania sporów konsumenckich oraz zmiany rozporządzenia (WE) nr 2006/2004 i dyrektywy 2009/22/WE (rozporządzenie w sprawie ODR w sporach konsumenckich), istnieje możliwość pozasądowego rozstrzygania sporów dotyczących zobowiązań umownych wynikających z internetowych umów sprzedaży lub umów o świadczenie usług zawieranych między konsumentami mieszkającymi w Unii Europejskiej a przedsiębiorcami mającymi siedzibę w Unii Europejskiej. Rozstrzygnięcie ww. sporów odbywa się za pośrednictwem platformy ODR dostępnej pod następującym adresem: <https://ec.europa.eu/consumers/odr/main/>. Adres poczty elektronicznej SIGNAL IDUNA Polska TU S.A. do kontaktu: <http://www.signal-iduna.pl/signaliduna/kontakt>.
9. 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, jak też przed sąd właściwy dla miejsca zamieszkania spadkobiercy Ubezpieczonego lub spadkobiercy uprawnionego z umowy ubezpieczenia.
10. SIGNAL IDUNA podlega nadzorowi Komisji Nadzoru Finansowego.

7. PODPISY

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

8. ZGŁOSZENIE SZKODY U POŚREDNIKA UBEZPIECZENIOWEGO

Wymaga uzupełnienia, jeśli zgłoszono szkodę/ roszczenie u Agenta

_____	<u> D </u> <u> D </u> <u> M </u> <u> M </u> <u> R </u> <u> R </u> <u> R </u> <u> R </u>	_____
Miejscowość	Data przyjęcia zgłoszenia	Czytelne imię i nazwisko oraz podpis osoby zgłaszającej roszczenie
_____	<u> D </u> <u> D </u> <u> M </u> <u> M </u> <u> R </u> <u> R </u> <u> R </u> <u> R </u>	_____
Miejscowość	Data przyjęcia zgłoszenia	Czytelne imię i nazwisko oraz podpis Agenta

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, 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 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 do 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 do 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, zwichnięcie 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

Wystąpienie poważnego zachorowania 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

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.