

PROSZĘ WYPEŁNIĆ DRUKOWANYMI LITERAMI, CZARNYM LUB NIEBIESKIM DŁUGOPISEM

**1. DANE ZGŁASZAJĄCEGO REKLAMACJĘ** (podanie danych jest wymagane)

Czy osoba zgłaszająca reklamację jest Ubezpieczonym?

TAK  NIE

(jeśli TAK, prosimy uzupełnić datę urodzenia i pesel)

Miejsce na pieczętę/ data wpływu formularza do SIGNAL IDUNA

Nazwa firmy  
(dotyczy osób  
prawnych)\*

Imię/ imiona\*

Nazwisko\*

Data urodzenia

D
D
M
M
R
R
R
R

PESEL

NIP

(dotyczy osób prawnych)\*

Adres korespondencyjny:\*

ulica\*

nr domu\*

nr lokalu\*

kod pocztowy

miejsowość\*

Adres e-mail

telefony\*

**2. DANE DO IDENTYFIKACJI UMOWY/ SPRAWY**

Ubezpieczenie grupowe na życie\*

Nr. polisy/ certyfikatu\*

Wypłata świadczeń\*

Nr roszczenia\*

**3. DANE DOTYCZĄCE PRZEDMIOTU I ZAKRESU REKLAMACJI**

Reklamacja dotyczy\*

produktu, warunków ubezpieczenia

obsługi Klienta/ Call Center

obsługi przez podmioty działające w imieniu SIGNAL IDUNA i AEGON

procesu sprzedaży

obsługi umowy ubezpieczenia/ wypłaty odszkodowania

innych obszarów

**4. TREŚĆ REKLAMACJI\***

## 5. INFORMACJE DOTYCZĄCE PRZETWARZANIA DANYCH OSOBOWYCH

### Administrator danych:

SIGNAL IDUNA Życie Polska TU S.A. z siedzibą przy ul. Przyokopowej 31 w Warszawie (01-208).  
Kontakt: [info@signal-iduna.pl](mailto:info@signal-iduna.pl), telefonicznie pod numerem + 48 22 505 65 06 lub pisemnie na adres siedziby.  
oraz

Aegon TUnŻ S.A. z siedzibą przy ul. Wołoskiej 5 w Warszawie (02-675).

Kontakt: [kontakt@aegon.pl](mailto:kontakt@aegon.pl), telefonicznie pod numerem 801 300 900 lub +48 22 592 10 00 lub pisemnie na adres siedziby.

### Inspektor ochrony danych:

Kontakt: [iod@signal-iduna.pl](mailto:iod@signal-iduna.pl) lub [IODO@aegon.pl](mailto:IODO@aegon.pl).

### Cele, podstawa prawna i okres przetwarzania danych

- Rozpatrzenie zgłoszonej reklamacji – podstawą prawną przetwarzania danych są przepisy prawa: ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej, ustawy o rozpatrywaniu reklamacji i Rzeczniku Finansowym, ustawy o dystrybucji ubezpieczeń.
- Dane będą przechowywane do momentu przedawnienia roszczeń w związku ze zgłoszoną reklamacją i będzie zależało od przedmiotu reklamacji.

### Odbiorcy danych

- Zakłady reasekuracji.
- Upoważnieni do przetwarzania danych pracownicy administratora danych.
- Podmioty przetwarzające dane osobowe na zlecenie administratora i wyłącznie na podstawie umowy powierzenia danych, m.in.: w zakresie usług IT, windykacji należności, usług doradczych, czy też agentom ubezpieczeniowym.
- Placówki medyczne, w przypadku skorzystania z usług medycznych, w celu weryfikacji oraz potwierdzenia zakresu usług objętych ubezpieczeniem.

### Przysługuje Pani/ Panu prawo:

- Dostępu do danych oraz żądania ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia ich przetwarzania.
- Wniesienia skargi do organu nadzorczego zajmującego się ochroną danych osobowych.

Podanie danych osobowych jest dobrowolne, jednak niezbędne do rozpatrzenia reklamacji.

Proszę o przekazywanie korespondencji dotyczącej złożonego wniosku drogą elektroniczną, na podany wyżej adres e-mail:

TAK  NIE

## 6. PODPIS ZGŁASZAJĄCEGO REKLAMACJĘ\*

Imię i nazwisko (czytelnie)

Data  godzina

Nazwa dokumentu tożsamości

Nr i seria dokumentu tożsamości

Miejscowość

Własnoręczny podpis zgłaszającego reklamację

## 7. POTWIERDZENIE PRZYJĘCIA REKLAMACJI PRZEZ TOWARZYSTWO\* (wypełnia reprezentant Towarzystwa)

| Sposób/<br>Miejsce złożenia reklamacji | Towarzystwo Ubezpieczeniowe  |  |
|--|--|--|
|  | SIGNAL IDUNA   | AEGON  |
| w siedzibie                            | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>   |
| w jednostce obsługującej Klienta       | <input type="checkbox"/> <input type="text"/><br><i>nazwa jednostki obsługującej</i>                   | <input type="checkbox"/> <input type="text"/><br><i>nazwa jednostki obsługującej</i>                     |
| telefonicznie                          | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>   |
| elektronicznie                         | <input type="checkbox"/><br><a href="mailto:reklamacje@signal-iduna.pl">reklamacje@signal-iduna.pl</a> | <input type="checkbox"/><br><a href="mailto:reklamacje.grupowe@aegon.pl">reklamacje.grupowe@aegon.pl</a> |
| poczta/ kurier                         | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>   |

Załączniki NIE  TAK  Ilość stron

## 8. PODPIS PRZYJMĄCEGO REKLAMACJĘ\*

Imię i nazwisko (czytelnie) Data przyjęcia reklamacji godzina

Potwierdzam zgodność danych osobowych osoby składającej reklamację z dokumentem tożsamości wskazanym w formularzu oraz własnoręcznie złożony podpis.

Załączniki TAK  NIE  Ilość stron

Miejscowość

Pieczętka/ własnoręczny podpis przyjmującego reklamację