

FORMULARZ NALEŻY WYPEŁNIĆ W SPOSÓB KOMPLETNY I CZYTELNY, CZARNYM LUB NIEBIESKIM KOLOREM. BRAK WYMAGANYCH PRZEZ UBEZPIECZYCIELĄ INFORMACJI, OKREŚLONYCH NINIEJSZYM FORMULARZEM, MOŻE SPOWODOWAĆ WYDŁUŻENIE PROCESU ROZPATRYWANIA ZGŁASZANEGO ROSZCZENIA.

Numer polisy:

WYPEŁNIA UBEZPIECZONY/ ZGŁASZAJĄCY ROSZCZENIE

1. DANE UBEZPIECZONEGO/ ZGŁASZAJĄCEGO ROSZCZENIE

Imię: Nazwisko:

PESEL: Data urodzenia:

Seria i numer dokumentu tożsamości: Obywatelstwo:

Państwo urodzenia:

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

Oświadczam świadomy/a odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia, że w rozumieniu Ustawy z dnia 1 marca 2018 roku o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu:

nie jestem / jestem osobą zajmującą eksponowane stanowisko polityczne, osobą znaną jako bliski współpracownik osoby zajmującej eksponowane stanowisko polityczne lub członkiem rodziny osoby zajmującej eksponowane stanowisko polityczne.

Informujemy, iż wykaz definicji w rozumieniu Ustawy o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu znajduje się pod adresem: <https://www.signal-iduna.pl/signaliduna/lad-korporacyjny/>

2. ZŁOŻONE ROSZCZENIE DOTYCZY (prosimy postawić znak „X”)

Śmierć Ubezpieczonego	<input type="checkbox"/>
Śmierć Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku (w tym: wypadku przy pracy <input type="checkbox"/>)	<input type="checkbox"/>
Śmierć Ubezpieczonego w następstwie wypadku komunikacyjnego (w tym: wypadku przy pracy <input type="checkbox"/>)	<input type="checkbox"/>
Śmierć Ubezpieczonego w następstwie zawału serca lub udaru mózgu	<input type="checkbox"/>
Osierocenie dziecka w następstwie śmierci Ubezpieczonego	<input type="checkbox"/>
Trwały uszczerbek na zdrowiu Ubezpieczonego spowodowany nieszczęśliwym wypadkiem bądź zawałem serca lub udarem mózgu	<input type="checkbox"/>
Wystąpienie u Ubezpieczonego lub Małżonka/ Partnera lub Dziecka poważnego zachorowania	<input type="checkbox"/>
Wystąpienie u Ubezpieczonego lub Małżonka/ Partnera choroby nowotworowej	<input type="checkbox"/>
Pobyt Ubezpieczonego, Małżonka/ Partnera lub Dziecka w szpitalu	<input type="checkbox"/>
Przebycie operacji chirurgicznej spowodowanej chorobą lub nieszczęśliwym wypadkiem	<input type="checkbox"/>
Przebycie Leczenia Specjalistycznego Ubezpieczonego lub Małżonka/ Partnera	<input type="checkbox"/>
Całkowita Niezdolności do Pracy lub Niezdolność do Samodzielnej Egzystencji Ubezpieczonego lub Małżonka/ Partnera	<input type="checkbox"/>
Trwałe Inwalidztwo w następstwie Nieszczęśliwego Wypadku Ubezpieczonego lub Małżonka/ Partnera	<input type="checkbox"/>
Urodzenie dziecka (obejmuje przypadki: urodzenia martwego dziecka <input type="checkbox"/> urodzenia dziecka z wadą wrodzoną <input type="checkbox"/> urodzenia dzieci w wyniku ciąży mnogiej <input type="checkbox"/>)	<input type="checkbox"/>
Śmierć członka rodziny Ubezpieczonego: małżonka <input type="checkbox"/> partnera <input type="checkbox"/> dziecka <input type="checkbox"/> rodzica <input type="checkbox"/> teścia <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Inne:	<input type="checkbox"/>

3. DANE UBEZPIECZONEGO/ OSOBY, KTÓREJ DOTYCZY ROSZCZENIE (MAŁŻONEK, PARTNER, RODZIC, TEŚĆ, DZIECKO)

Imię i nazwisko:

Data urodzenia: PESEL:

4. INFORMACJE O ZDARZENIU

Data zdarzenia: / / Godzina zdarzenia: / Miejscowość: _____

Województwo, w którym miało miejsce zdarzenie: _____

Prosimy opisać przyczynę zaistniałego zdarzenia: _____

Prosimy podać miejsce, okoliczności i przebieg zdarzenia: _____

Czy w związku z zaistniałym zdarzeniem zostało zastosowane leczenie szpitalne? Tak Nie

Data przyjęcia do szpitala: / / Data wypisu ze szpitala: / /

Adres placówki szpitalnej: _____

Czy w związku z zaistniałym zdarzeniem były przeprowadzane badania histopatologiczne lub inne analizy laboratoryjne? Tak Nie

Data badania: / / Rozpoznanie: _____

Czy leczenie skutków wypadku zostało zakończone?* (termin leczenia oznacza bezpośredni okres leczenia urazu oraz zakończenia rehabilitacji)

nie, przewidywany termin zakończenia leczenia (miesiąc, rok): _____

tak, data zakończenia leczenia (dzień, miesiąc, rok): _____

Czy Ubezpieczony w chwili wypadku prowadził pojazd mechaniczny lub jakiegokolwiek inny pojazd?* Tak Nie

**Jeżeli tak, to prosimy podać rodzaj pojazdu oraz rodzaj i numer dokumentu uprawniającego do jego prowadzenia wraz z kategorią uprawnień*

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

Kto i gdzie udzielił Ubezpieczonemu pierwszej pomocy bezpośrednio po wypadku?

Czy w związku z zaistniałym zdarzeniem zostało wezwane pogotowie ratunkowe? Tak Nie

Czy zaistniałe zdarzenie powstało w związku z wykonywaniem pracy zawodowej lub obowiązków służbowych? Tak Nie

Czy w związku z zaistniałym zdarzeniem sporządzony został protokół policyjny lub protokół przedstawiciela BHP w zakładzie pracy?* Tak Nie

**Jeżeli tak, należy dołączyć kopię.*

Czy w związku z zaistniałym zdarzeniem była przeprowadzona sekcja zwłok lub było przeprowadzone badanie krwi?* Tak Nie

**Jeżeli tak, należy dołączyć wynik.*

Czy w związku z zaistniałym zdarzeniem prowadzone jest dochodzenie lub toczy się postępowanie sądowe lub prokuratorskie?* Tak Nie

**Proszę podać przyczynę i rodzaj postępowania.*

Adres komendy policji lub prokuratury prowadzącej dochodzenie wraz z sygnaturą akt. _____

Czy w związku z zaistniałym zdarzeniem powstała niezdolność do pracy?* Tak Nie

**Jeżeli tak, proszę dołączyć dokumentację określającą czas trwania oraz rokowania lekarzy dotyczące jej zakończenia*

Czy w związku z zaistniałym zdarzeniem zostały zgłoszone inne roszczenia? Tak Nie

Konsultacje i badania lekarskie związane ze zdarzeniem:

Prosimy podać dane lekarzy, którzy badali lub leczyli Pana/ Panią w związku ze zdarzeniem.

Imię i nazwisko lekarza	Adres miejsca pracy lekarza, telefon	Daty leczenia, konsultacji

Prosimy podać dane lekarzy, u których Ubezpieczony leczył się i korzystał ze świadczeń zdrowotnych oraz dane lekarza pierwszego kontaktu.

Imię i nazwisko lekarza	Adres miejsca pracy lekarza, telefon	Daty leczenia, konsultacji

5. DYSPOZYCJA REALIZACJI ŚWIADCZENIA W PRZYPADKU USTALENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI SIGNAL IDUNA ORAZ AEGON

Kwotę świadczenia proszę przelać na wskazany poniżej rachunek bankowy:

właściciel rachunku: _____ nazwa, oddział banku: _____

numer rachunku bankowego: **6. ZAŁĄCZNIKI ZŁOŻONE PRZEZ UBEZPIECZONEGO/ ZGŁASZAJĄCEGO ROSZCZENIE WRAZ Z FORMULARZEM ZGŁOSZENIA ROSZCZENIA**

1.	5.
2.	6.
3.	7.
4.	8.

Wykaz wszystkich dokumentów wymaganych do rozpatrzenia zgłaszanego roszczenia określają odpowiednie zapisy Ogólnych Warunków Ubezpieczenia oraz Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Umów Dodatkowych, na podstawie których została zawarta Umowa Ubezpieczenia.

7. OŚWIADCZENIA**OŚWIADCZENIE UBEZPIECZONEGO/ ZGŁASZAJĄCEGO 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 Życie Polska TU S.A. oraz Aegon TUnŻ 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 Życie Polska TU S.A. oraz Aegon TUnŻ S.A. zastrzega sobie prawo żądania do wglądu oryginałów dokumentów.
3. Wyrażam zgodę na występowanie przez SIGNAL IDUNA Życie Polska TU S.A. oraz Aegon TUnŻ S.A. do podmiotów wykonujących działalność leczniczą w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej, tudzież do innych zakładów ubezpieczeń, z pytaniami i prośbami dotyczącymi okoliczności wymienionych w przepisach ustawy o działalności ubezpieczeniowej w celach związanych z oceną ryzyka ubezpieczeniowego i weryfikacją podanych przeze mnie danych oraz ustaleniem prawa do świadczenia z zawartej umowy ubezpieczenia i wysokością tego świadczenia. Ponadto zgadzam się na występowanie do Narodowego Funduszu Zdrowia o informacje w zakresie świadczeniodawców (nazwa i adres), którzy udzielili mi świadczeń opieki zdrowotnej w związku z wypadkiem lub zdarzeniem losowym.
4. Upoważniam każdy podmiot wykonujący działalność leczniczą, który posiada o mnie informacje do ujawnienia ich treści SIGNAL IDUNA Życie Polska TU S.A. oraz Aegon TUnŻ S.A. oraz jego reasekuratorom, a w szczególności każdej informacji o moim stanie zdrowia, w zakresie niezbędnym do przeprowadzenia oceny ryzyka ubezpieczeniowego lub ustalenia odpowiedzialności z tytułu umowy ubezpieczenia zawartej na podstawie niniejszego wniosku oraz wyrażam zgodę na występowanie przez SIGNAL IDUNA Życie Polska TU S.A. oraz Aegon TUnŻ S.A. o powyższe informacje w tym o kserokopie dokumentacji medycznej do ww. podmiotów.

INFORMACJA DOTYCZĄCA TRYBU SKŁADANIA I ROZPATRYWANIA REKLAMACJI

1. Klient, może składać skargi, zażalenia i reklamacje zawierające zastrzeżenia dotyczące usług świadczonych przez SIGNAL IDUNA oraz Aegon (zwane dalej łącznie „reklamacjami”).
2. Reklamacje można zgłaszać w następujących miejscach i formie:
 - a) pisemnie na adres: SIGNAL IDUNA Życie Polska TU S.A., ul. Przykopowa 31, 01-208 Warszawa lub Aegon TUnŻ S.A., ul. Wotoska 5, 02-675 Warszawa.
 - b) pocztą elektroniczną: reklamacje@signal-iduna.pl lub reklamacje.grupowe@aegon.pl,
 - c) telefonicznie pod numerem 22 50 56 506, 801 120 120 lub 801 300 900,
 - d) osobiście w siedzibie SIGNAL IDUNA lub Aegon (adres jak wyżej) lub innej jednostce SIGNAL IDUNA lub Aegon (dane kontaktowe jednostek SIGNAL IDUNA oraz Aegon podane są na stronie internetowej spółki pod adresem: www.signal-iduna.pl/signaliduna/kontakt oraz www.aegon.pl/Strona-glowna/Kontakt i na bieżąco aktualizowane).
3. Reklamacja powinna zawierać dane kontaktowe klienta umożliwiające identyfikację i kontakt w celu udzielenia odpowiedzi (imię i nazwisko, NIP i nazwę firmy, adres, numer umowy ubezpieczenia/polis, której reklamacja dotyczy lub numer sprawy dotyczącej roszczenia, nadany wcześniej przez SIGNAL IDUNA oraz Aegon) oraz przedmiot i zakres reklamacji.
4. SIGNAL IDUNA oraz Aegon 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 oraz Aegon 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 lub na innym trwałym nośniku, a na wniosek klienta – może być również dostarczona pocztą elektroniczną.
6. Klient może też składać skargi i zażalenia na działalność SIGNAL IDUNA lub Aegon do Komisji Nadzoru Finansowego, Rzecznika Finansowego, miejskiego lub powiatowego Rzecznika Konsumentów oraz innych organów zajmujących się ochroną klientów podmiotów rynku finansowego. Podmiotem uprawnionym do prowadzenia postępowania w sprawie pozasądowego rozwiązywania sporów konsumenckich jest Rzecznik Finansowy (rf.gov.pl). 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. SIGNAL IDUNA oraz Aegon podlegają nadzorowi Komisji Nadzoru Finansowego.

ZGODY MARKETINGOWE

1. Wyrażam zgodę na udostępnienie moich danych osobowych do SIGNAL IDUNA Polska TU S.A., z siedzibą ul. Przykopowa 31, 01-208 Warszawa, w celach marketingowych.
TAK / NIE
2. Wyrażam zgodę na otrzymywanie od SIGNAL IDUNA Życie Polska TU S.A., a także – w przypadku wyrażenia zgody z pkt powyżej – od SIGNAL IDUNA Polska TU S.A., z siedzibą ul. Przykopowa 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 <input type="checkbox"/> / NIE <input type="checkbox"/>
wiadomości e-mail	TAK <input type="checkbox"/> / NIE <input type="checkbox"/>
telefoniczny	TAK <input type="checkbox"/> / NIE <input type="checkbox"/>
3. Wyrażam zgodę na udostępnienie moich danych osobowych do Aegon Services Sp. z o.o. z siedzibą w Chorzowie przy ul. Katowickiej 47, w celach marketingowych:
TAK / NIE
4. Wyrażam zgodę na otrzymywanie od Aegon TUnŻ S.A., a także – w przypadku wyrażenia zgody z pkt powyżej – od Aegon Services Sp. z o.o. z siedzibą w Chorzowie przy ul. Katowickiej 47, informacji handlowo-marketingowych przesyłanych z użyciem urządzeń telekomunikacyjnych i tzw. automatycznych systemów wywołujących, wybierając, jako formę kontaktu:

wiadomości SMS/MMS	TAK <input type="checkbox"/> / NIE <input type="checkbox"/>
wiadomości e-mail	TAK <input type="checkbox"/> / NIE <input type="checkbox"/>
telefoniczny	TAK <input type="checkbox"/> / NIE <input type="checkbox"/>

8. INFORMACJE DOTYCZĄCE PRZETWARZANIA DANYCH OSOBOWYCH

Kto jest administratorem Twoich danych osobowych:

SIGNAL IDUNA Życie Polska TU S.A. z siedzibą przy ul. Przyokopowej 31 w Warszawie (01-208).

Kontakt: info@signal-iduna.pl, formularz kontaktowy pod adresem app.signal-iduna.pl/forms/contact, tel. +48 22 505 65 06 lub pisemnie na adres siedziby.

Kontakt do Inspektora ochrony danych: iod@signal-iduna.pl.

oraz

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

Kontakt: kontakt@aegon.pl, formularz kontaktowy pod adresem aegon.pl/Strona-glowna/Kontakt/Wysluj-wiadomosc/, tel.: 801 300 900 lub +48 22 592 10 00 lub pisemnie na adres siedziby.

Kontakt do Inspektora ochrony danych: IODO@aegon.pl.

Czyje dane przetwarzamy:

- osoby zgłaszającej roszczenie,
- osób zajmujących eksponowane stanowiska polityczne, członków ich rodzin oraz bliskich współpracowników,
- 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 oraz www.aegon.pl/Strona-glowna/O-firmie/rodo/.

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;
- przesyłanie informacji handlowych poprzez poszczególne kanały komunikacji elektronicznej (e-mail, sms, kontakt telefoniczny) – podstawą prawną przetwarzania danych jest dobrowolna zgoda. Ilekroć powyżej powołujemy się na interes publiczny, jako podstawę przetwarzania danych, 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.

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 przekazaniu 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 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 przypadku udzielonej zgody na otrzymywanie informacji handlowych, masz prawo w każdej chwili wycofać zgodę, co nie będzie miało wpływu na zgodność przetwarzania danych przed jej wycofaniem. 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.

9. PODPIS

Miejscowość

D | D | M | M | R | R | R | R |

Data

Czytelny podpis Ubezpieczonego/ Zgłaszającego roszczenie

10. DANE UBEZPIECZAJĄCEGO WYPEŁNIA UBEZPIECZAJĄCY – WYŁĄCZNIE, GDY UBEZPIECZENIE ZAWARTE ZA POŚREDNICTWEM ZAKŁADU PRACY (PRACOWNICZE).

Pełna nazwa lub pieczęć firmowa Ubezpieczającego:

Miejscowość

D | D | M | M | R | R | R | R |

Data

Czytelny podpis osoby reprezentującej Ubezpieczającego

11. ZGŁOSZENIE SZKODY U POŚREDNIKA UBEZPIECZENIOWEGO

Wymaga uzupełnienia, jeśli zgłoszono szkodę/ roszczenie u Pośrednika Ubezpieczeniowego/ Agenta

Miejscowość

D | D | M | M | R | R | R | R |

Data przyjęcia zgłoszenia

Czytelny podpis osoby zgłaszającej roszczenie

Czytelny podpis Pośrednika ubezpieczeniowego