

# Zgłoszenie refundacji (zwrotu) kosztów leczenia

**SIGNAL IDUNA** 

SIGNAL IDUNA Życie Polska  
Towarzystwo Ubezpieczeń S.A.

WNIOSEK PROSIMY WYPEŁNIĆ CZYTELNIE, DRUKOWANYMI LITERAMI, CZARNYM LUB NIEBIESKIM DŁUGOPISEM ZGODNIE Z INSTRUKCJĄ REFUNDACJI

## 1. DANE UBEZPIECZONEGO, którego dotyczy usługa medyczna

Imię/ Imiona \_\_\_\_\_  
Nazwisko \_\_\_\_\_  
Nr karty Ubezpieczonego \_\_\_\_\_  
Nazwa ubezpieczającego (pracodawca) \_\_\_\_\_  
Data urodzenia 

D	D	M	M	R	R	R	R
---	---	---	---	---	---	---	---

 PESEL 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 Nr dowodu osob./paszportu \_\_\_\_\_  
Obywatelstwo \_\_\_\_\_ Kraj urodzenia \_\_\_\_\_  
Adres zamieszkania \_\_\_\_\_  
ulica nr domu nr lokalu kod pocztowy miejscowość  
Telefon \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_  
Adres korespondencyjny (proszę wypełnić w przypadku, gdy jest inny niż adres zamieszkania) \_\_\_\_\_  
ulica nr domu nr lokalu kod pocztowy miejscowość  
Wyrażam zgodę na otrzymywanie korespondencji dotyczącej złożonego wniosku drogą elektroniczną, na podany wyżej adres e-mail lub adres e-mail przekazany wcześniej lub kontakt telefoniczny.  
 TAK  NIE

Czy ubezpieczony jest osobą pełnoletnią?  TAK  NIE\*

\* (prosimy o wypełnienie wniosku przez Przedstawiciela ustawowego)

## 2. DANE GŁÓWNEGO UBEZPIECZONEGO (uzupełniane gdy usługa medyczna dotyczy niepełnoletniego dziecka)

Imię/ Imiona \_\_\_\_\_  
Nazwisko \_\_\_\_\_  
Data urodzenia 

D	D	M	M	R	R	R	R
---	---	---	---	---	---	---	---

 PESEL 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 Nr dowodu osob./paszportu \_\_\_\_\_  
Obywatelstwo \_\_\_\_\_ Kraj urodzenia \_\_\_\_\_  
Adres zamieszkania \_\_\_\_\_  
ulica nr domu nr lokalu kod pocztowy miejscowość  
Telefon \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_  
Adres korespondencyjny (proszę wypełnić w przypadku, gdy jest inny niż adres zamieszkania) \_\_\_\_\_  
ulica nr domu nr lokalu kod pocztowy miejscowość  
Wyrażam zgodę na otrzymywanie korespondencji dotyczącej złożonego wniosku drogą elektroniczną, na podany wyżej adres e-mail lub adres e-mail przekazany wcześniej lub kontakt telefoniczny.  
 TAK  NIE

## 3. PROCEDURY ZGŁOSZONE DO REFUNDACJI

1. Koszty leczenia zgodne z rachunkiem/ rachunkami (stanowiącymi załącznik/ załączniki):

L.p.	Nazwa wykonanej procedury medycznej	Data wykonania usługi	Rozpoznanie, kod ICD10	Nr faktury / rachunku	Cena jednostkowa wykonanej procedury	KWOTA REFUNDACJI – Wypełnia SIGNAL IDUNA Życie Polska TU S.A.
1.						
2.						
3.						
4.						
5.						
6.						
7.						
8.						
9.						
10.						

Uwaga: na fakturze/ rachunku lub załączniku do faktury/ rachunku powinna znaleźć się informacja o udzielonym świadczeniu/ świadczeniach zgodnie z instrukcją refundacji.

\_\_\_\_\_

Data

Podpis i pieczęć lekarza

2. Czy zdarzenie powstało w wyniku nieszczęśliwego wypadku  TAK  NIE

3. Data wypadku

Opis wypadku:

#### 4. SPOSÓB WYPŁATY ŚWIADCZENIA

Kwotę świadczenia należy przekazać na złotówkowe konto:

Nazwisko i imię  
właściciela konta

Adres do przelewu

Nr konta:

#### 5. OŚWIADCZENIE UBEZPIECZONEGO/ ZGŁASZAJĄCEGO ROSZCZENIE

**Oświadczam, że:**

- podane przeze mnie dane w niniejszym formularzu zgłoszenia roszczenia odpowiadają prawdzie. 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. może zmniejszyć lub odmówić wypłaty świadczenia.
- Wyrażam zgodę na występowanie w trybie przepisów art. 38 ust. 1-9 ustawy z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej przez SIGNAL IDUNA Życie Polska TU 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 powołanych przepisach ustawy o działalności ubezpieczeniowej (w szczególności mojego stanu zdrowia i udzielonych mi usług zdrowotnych, z wyłączeniem wyników badań genetycznych), 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 udzielił mi świadczeń opieki zdrowotnej w związku z wypadkiem lub zdarzeniem losowym.
- Upoważniam personel medyczny, w tym każdego lekarza, grupową praktykę lekarską, a także każdą placówkę służby zdrowia, które posiadają o mnie informacje do ujawnienia ich treści SIGNAL IDUNA Życie Polska TU 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. o powyższe informacje w tym o kserokopie dokumentacji medycznej do ww. podmiotów.
- Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych dotyczących stanu zdrowia w celu wykonania umowy ubezpieczenia.
- 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  
 **jestem** /  **nie 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/>

#### 6. ZGODY MARKETINGOWE

- Wyrażam zgodę na udostępnienie moich danych osobowych do SIGNAL IDUNA Polska TU S.A., z siedzibą ul. Przyokopowa 31, 01-208 Warszawa, w celach marketingowych:  
TAK  / NIE
- 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. Przyokopowa 31, 01-208 Warszawa, informacji handlowo-marketingowych przesyłanych z użyciem urządzeń telekomunikacyjnych i automatycznych systemów wywołujących, wybierając, jako formę kontaktu:  
wiadomości SMS/MMS TAK  / NIE   
wiadomości e-mail TAK  / NIE   
telefoniczny TAK  / NIE

#### INFORMACJE DOTYCZĄCE PRZETWARZANIA DANYCH OSOBOWYCH

**Kto jest administratorem Twoich danych osobowych:**

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

**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 pisemnie na adres naszej 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 pisemnie na powyższy adres.

**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 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 w ramach wykonania obowiązku nałożonego na Administratora przepisami prawa lub za zgodą osoby, której dane dotyczą, jeżeli jest wymagana,
- spełnienie/wypłata świadczenia lub odszkodowania należnego w wyniku wystąpienia zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową wobec osoby uprawnionej do świadczenia. Podstawą prawną przetwarzania danych jest niezbędność do wykonania umowy, której stroną jest osoba oraz niezbędność do wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na administratorze,
- dochodzenie roszczeń regresowych lub roszczeń z tytułu nienależnie wypłaconego świadczenia – przetwarzanie danych stanowi w tym przypadku prawnie usprawiedliwiony interes Administratora,
- reasekuracja ryzyk – podstawą prawną przetwarzania danych jest niezbędność przetwarzania do realizacji prawnie uzasadnionego interesu administratora, 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.

**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:

W zależności od realizowanych usług, Twoje dane osobowe mogą zostać przekazane do:

- upoważnionych do tego naszych pracowników,
- podmiotów przetwarzających dane w naszym imieniu, uczestniczącym 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,
  - innym 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. Dodatkowo, gdy podstawą przetwarzania danych osobowych jest przestępstwo prawnie uzasadnionego interesu administratora, przysługuje Ci prawo wniesienia sprzeciwu wobec ich przetwarzania.
- W zakresie, w jakim dane są przetwarzane w celu wykonywania umowy ubezpieczenia lub przetwarzane są na podstawie zgody – 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 do wycofania udzielonych zgód (nie wpływa to jednak na zgodność z prawem przetwarzania danych osobowych, które miało miejsce przed ich wycofaniem).
- 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 wymogiem ustawowym wynikającym z ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej. 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.

#### INFORMACJA DOTYCZĄCA TRYBU SKŁADANIA I ROZPATRYWANIA REKLAMACJI:

1. Klient może składać skargi, zażalenia i reklamacje, zawierające zastrzeżenia dotyczące usług świadczonych przez SIGNAL IDUNA Życie Polska TU S.A. (zwane dalej reklamacjami).
2. Reklamacje można zgłaszać w następujących miejscach i formie:
  - a) pisemnie na adres: SIGNAL IDUNA Życie Polska TU S.A., ul. Przyokopowa 31, 01-208 Warszawa,
  - b) faksem na numer 22 505 61 01,
  - c) pocztą elektroniczną: reklamacje@signal-iduna.pl,
  - d) telefonicznie pod numerem 0 801 120 120 lub 22 505 65 06,
  - e) osobiście w siedzibie SIGNAL IDUNA Życie Polska TU S.A. (adres jak wyżej) lub Regionalnym Centrum Obsługi Ubezpieczeń (dane kontaktowe Regionalnych Centrów Obsługi Ubezpieczeń SIGNAL IDUNA Życie Polska TU S.A. 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, numer umowy ubezpieczenia, której reklamacja dotyczy lub numer sprawy dotyczącej roszczenia, nadany wcześniej przez SIGNAL IDUNA Polska TU S.A.).
4. SIGNAL IDUNA Życie Polska TU S.A. 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 Życie Polska TU S.A. poinformuje Klienta, który złożył reklamację o przyczynach opóźnienia, 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 Życie Polska TU S.A. 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 konsumenc- kich jest Rzecznik Finansowy (<https://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. SIGNAL IDUNA Życie Polska TU S.A. podlega nadzorowi Komisji Nadzoru Finansowego.

## 7. PODPIS

Data

czytelny podpis Ubezpieczonego/ przedstawiciela ustawowego

## 8. WYPEŁNIA SIGNAL IDUNA

Zgłoszenie zweryfikowane i płatność zaakceptowana.

Kwota:

Uwagi:

Data

Podpis pracownika SIGNAL IDUNA Życie Polska TU S.A.