

ZGŁOSZENIE SZKODY Z UBEZPIECZENIA NASTĘPSTW NIESZCZĘŚLIWYCH WYPADKÓW

Prosimy o dokładne wypełnienie poniższego formularza i dostarczenie drogą korespondencyjną bezpośrednio na adres SIGNAL IDUNA Polska TU S.A. lub za pośrednictwem biura podróży. Do formularza prosimy dołączyć:

1. polisę (nie dotyczy umów generalnych),
2. dokumentację medyczną z udzielenia pierwszej pomocy medycznej po zdarzeniu zawierającą opis obrażeń ciała i diagnozę lekarską, a także wyniki badań,
3. dokumentację medyczną z kontynuacji leczenia powypadkowego wraz z wynikami badań.

Dodatkowo, w zależności od rodzaju szkody prosimy dołączyć:

1. protokół policji z miejsca zdarzenia,
2. zeznania świadków,
3. akt zgonu,
4. inne dokumenty potwierdzające zgłaszane roszczenia.

Adres do korespondencji:

SIGNAL IDUNA Polska TU S.A., Zespół Obsługi Roszczeń Turystycznych
ul. Przykopa 31, 01-208 Warszawa; tel. 22 505 61 60

DANE OSOBOWE UBEZPIECZONEGO

1. Nazwisko i imię:

2. Adres:
kod pocztowy miejscowość ulica telefon

3. Adres do korespondencji:

4. Adres e-mail:

5. Data urodzenia:
dzień miesiąc rok imiona rodziców zawód

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

DANE O POLISIE

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

7. Ubezpieczający / Biuro podróży:

INFORMACJE O SZKODZIE

8. Zdarzenie:
dzień miesiąc rok godzina

9. Miejsce wypadku:

Adres:

10. Szczegółowy opis wypadku, włącznie z charakterem obrażeń ciała:

.....

.....

.....

.....

11. Czy Ubezpieczony w chwili wypadku był trzeźwy? Tak Nie

12. Nazwy i adresy placówek medycznych, w których Ubezpieczony leczyl się przed wypadkiem:

.....
.....

13. Nazwy i adresy placówek medycznych, w których Ubezpieczony leczyl się po wypadku:

.....
.....

14. Nazwisko i imię oraz adres lekarza pierwszego kontaktu:

15. Jeżeli zdarzenie dotyczyło wypadku komunikacyjnego, prosimy podać nr rejestracyjny samochodu i komisariat policji, na który sprawa została zgłoszona:

.....

16. Jeżeli Ubezpieczony w chwili wypadku prowadził pojazd samochodowy, prosimy podać numer i kategorię prawa jazdy:

.....

17. Kto i gdzie udzielił Ubezpieczonemu pierwszej pomocy medycznej?

.....

18. Czy zostało już zakończone leczenie powypadkowe i rehabilitacja? Tak Nie

(jeżeli nie, to prosimy podać przewidywany termin zakończenia leczenia, jeżeli jest znany)

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

.....
.....

20. W przypadku śmierci Ubezpieczonego podać dane osobowe i adresowe osoby składającej roszczenia:

.....

OŚWIADCZENIE

1. Oświadczam, że powyższe informacje zostały przeze mnie udzielone zgodnie z prawdą i według najlepszej wiedzy.
2. Zwalniam lekarzy leczących mnie z dochowania tajemnicy lekarskiej i wyrażam zgodę na udostępnienie lekarzom SIGNAL IDUNA Polska TU S.A. dokumentacji medycznej dotyczącej mojej osoby.
3. Zwalniam publiczne i niepubliczne zakłady opieki zdrowotnej oraz Zakład Ubezpieczeń Społecznych z obowiązku dochowania tajemnicy lekarskiej i wyrażam zgodę na udostępnienie lekarzom SIGNAL IDUNA Polska TU S.A. dokumentacji medycznej dotyczącej mojej osoby.

FORMA WYPŁATY ODSZKODOWANIA

Należne odszkodowanie należy przekazać na zlotówkowe konto bankowe o numerze:

Nazwa i nr oddziału banku:

Nazwisko i imię właściciela konta bankowego: