

ZGŁOSZENIE SZKODY Z UBEZPIECZENIA KOSZTÓW LECZENIA ZA GRANICĄ

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. oryginalne rachunki,
 3. oryginalne dowody opłat,
 4. dokumentację medyczną zawierającą diagnozę lekarską.
- 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. Biuro Likwidacji Szkód Turystycznych i Osobowych
ul. Jasna 14/16A, 00-041 Warszawa tel. 0-22 505-61-60

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

DANE O POLISIE

6. Nr polisy: ważna od do
 dzień miesiąc rok dzień miesiąc rok
7. Ubezpieczający / Biuro podróży:

INFORMACJE O SZKODZIE

8. Wyjazd z Polski: Powrót do Polski:
 dzień miesiąc rok godzina dzień miesiąc rok godzina
9. Zdarzenie:
 dzień miesiąc rok godzina miejscowość kraj
10. Przyjęcie ubezpieczonego do leczenia:
 dzień miesiąc rok godzina
11. Czy sprawa została zgłoszona do Centrali Alarmowej Coris Varsovie? Tak Nie
12. Szczegółowy opis zachorowania / wypadku, włącznie z charakterem obrażeń ciała:

13. Nazwy i adresy placówek medycznych, w których ubezpieczony leczył się przed zachorowaniem / wypadkiem:

14. Nazwy i adresy placówek medycznych, w których ubezpieczony leczył się po zachorowaniu / wypadku:

15. Nazwisko i imię oraz adres lekarza pierwszego kontaktu:

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

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

18. Kto i gdzie udzielił ubezpieczonemu pierwszej pomocy medycznej?

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

20. Wielkość szkody:

Data rachunku	Kwota w lokalnej walucie	Czego dotyczy rachunek	Kto opłacił rachunek

21. Czy spodziewa się Pan / Pani innych rachunków? Tak Nie

22. Czy posiada Pan / Pani inną polisę obejmującą ochroną ubezpieczeniową to zdarzenie? Tak Nie

Jeśli tak, to prosimy podać:

nazwę zakładu ubezpieczeń nr polisy

OŚWIADCZENIE

- Oświadczam, że powyższe informacje zostały przeze mnie udzielone zgodnie z prawdą i według najlepszej wiedzy.
- Zwalniam lekarzy leczących mnie w Polsce i za granicą z dochowania tajemnicy lekarskiej i wyrażam zgodę na udostępnienie lekarzom Signal Iduna Polska TU S.A. dokumentacji medycznej dotyczącej mojej osoby.
- 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 złotowe konto bankowe nr:

□□ □□□□ □□□□ □□□□ □□□□ □□□□ □□□□

Nazwa i nr oddziału banku:

Nazwisko i imię właściciela konta bankowego:

.....
Data i podpis ubezpieczającego/
/pracownika biura podróży

.....
Data i podpis ubezpieczonego