SIGNAL IDUNA
UBEZPIECZENIA

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 Obsługi Roszczeń
ul.Przyokopowa 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: D D (dzień) M M (miesiąc) R R R R (rok) ..... (imiona rodziców) ..... (zawód)

DANE O POLISIE

6. Nr polisy: ..... ważna od D D (dzień) M M (miesiąc) R R R R (rok) do D D (dzień) M M (miesiąc) R R R R (rok)

7. Ubezpieczający / Biuro podróży: .....

INFORMACJE O SZKODZIE

8. Wyjazd z Polski: D D (dzień) M M (miesiąc) R R R R (rok) G G (godzina) Powrót do Polski: D D (dzień) M M (miesiąc) R R R R (rok) G G (godzina)

9. Zdarzenie: D D (dzień) M M (miesiąc) R R R R (rok) G G (godzina) ..... (miejscowość) ..... (kraj)

10. Przyjęcie Ubezpieczonego do leczenia: D D (dzień) M M (miesiąc) R R R R (rok) G G (godzina)

11. Czy sprawa została zgłoszona do Centrali Alarmowej? ☐ Tak ☐ Nie

12. Szczegółowy opis zachorowania / wypadku, włącznie z charakterem obrażeń ciała:

.....

.....

SIT 0043/07.11

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

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

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

Jeśli tak, to prosimy podać:

nazwę zakładu ubezpieczeń: ..... nr polisy: .....

OŚWIADCZENIE

1. Oświadczam, że powyższe informacje zostały przeze mnie udzielone zgodnie z prawdą i według najlepszej wiedzy.
2. 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.
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 złotówkowe konto bankowe o numerze:

☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐

Nazwa i nr oddziału banku: .....

Nazwisko i imię właściciela konta bankowego: .....

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

..... Data i podpis Ubezpieczonego