SIGNAL IDUNA

ZGŁOSZENIE SZKODY Z UBEZPIECZENIA KOSZTÓW LECZENIA ZA GRANICĄ

Prosimy o dokładne wypełnienie poniższego formularza i dostarczenie drogą korespondencyjną bezpośrednio na poniżej podany 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.**
ul. Jasna 14/16a, 00-041 Warszawa
tel: +48 (22) 50 56 508, fax: +48 (22) 50 56 161

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 Inter Partner Assistance Polska? [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:Nazwisko i imię oraz adres lekarza pierwszego kontaktu:

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

20. Czy spodziewa się Pan / Pani innych rachunków? [Tak] [Nie]
20. 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. oraz Inter Partner Assistance Polska 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. oraz Inter Partner Assistance Polska 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