

ZGŁOSZENIE SZKODY Z UBEZPIECZENIA KOSZTÓW LECZENIA (KL) ZA GRANICĄ

Prosimy o dokładne wypełnienie poniższego formularza i dostarczenie drogą korespondencyjną bezpośrednio na adres Signal Iduna Polska TU S.A.

Do formularza prosimy dołączyć:

1. oryginalne rachunki,
2. oryginalne dowody opłat,
3. 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. 022 50 56 160, fax. 022 50 56 161

DANE OSOBOWE UBEZPIECZONEGO

1. Nazwisko i imię:
2. Adres:
 kod pocztowy miejscowość ulica
3. Adres do korespondencji:
4. Adres e-mail:
5. Data urodzenia:
 dzień miesiąc rok imiona rodziców zawód

DANE O POLISIE

6. Karta EURO<26 nr..... ważna od do
 dzień miesiąc rok dzień miesiąc rok
7. Ubezpieczający **Polskie Stowarzyszenie Kart Młodzieżowych**, ul. Długi Targ 11/13, 80-828 Gdańsk, tel: 058 301 88 11, fax: 058 301 89 12, euro26@euro26.org.pl, www.euro26.pl

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? 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:

