

ZGŁOSZENIE SZKODY Z UBEZPIECZENIA NASTĘPSTW NIESZCZĘŚLIWYCH WYPADKÓW (NNW)

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

Do formularza prosimy dołączyć:

1. dokumentację medyczną z udzielenia pierwszej pomocy medycznej po zdarzeniu zawierającą opis obrażeń ciała i diagnozę lekarską, a także wyniki badań,
2. 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.	ul. Jasna 14/16a, 00-041 Warszawa
Biuro Likwidacji Szkód Turystycznych i Osobowych	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. 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 leczył się przed wypadkiem:

13. Nazwy i adresy placówek medycznych, w których ubezpieczony leczył 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. Jeśli są świadkowie zdarzenia, to podać nazwiska i imiona oraz ich adresy:

19. 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 złotowe konto bankowe nr:

Nazwa i nr oddziału banku:

Nazwisko i imię właściciela konta bankowego:

.....
Data i podpis ubezpieczonego

WSTĘPNE ORZECZENIE LEKARSKIE (WYPEŁNIA LEKARZ)

1. Przyjęcie ubezpieczonego do leczenia

dzień
miesiąc
rok
godzina
2. Opis obrażeń ciała spowodowanych wypadkiem (po polsku):

3. Podać nazwy zakładów leczniczych, w których ubezpieczony leczył się po wypadku:

4. Przewidywany okres leczenia i rehabilitacji:
5. Kiedy należy skierować ubezpieczonego na końcowe badanie lekarskie?

.....
Miejscowość i data

.....
Pieczęć i podpis lekarza