

**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