SIGNAL IDUNA

ZGŁOSZENIE SZKODY Z UBEZPIECZENIA NASTĘPSTW NIESZCZĘŚLIWYCH WYPADKÓW

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. dokumentację medyczną z udzielenia pierwszej pomocy medycznej po zdarzeniu zawierającą opis obrażeń ciała i diagnozę lekarską, a także wyniki badań,
3. dokumentację medyczną z kontynuacji leczenia powypadkowego wraz z wyniki 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. 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. 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. Czy zostało już zakończone leczenie powypadkowe i rehabilitacja? Tak Nie (jeśli nie, to prosimy podać przewidywany termin zakończenia leczenia, jeżeli jest znany)

19. Jeśli są świadkowie zdarzenia, to podać nazwiska i imiona oraz ich adresy:

20. 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 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

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