

## 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 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., Biuro Obsługi Roszczeń**  
**ul. Przyokopowa 31, 01-208 Warszawa; tel. 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

Czy wyraża Pani/Pan zgodę na przesyłanie korespondencji odnośnie zgłoszonego roszczenia drogą elektroniczną (e-mail, sms)?  Tak  Nie

### 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

- Oświadczam, że powyższe informacje zostały przeze mnie udzielone zgodnie z prawdą i według najlepszej wiedzy.
- 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.
- 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 złotówkowe konto bankowe o numerze:

Nazwa i nr oddziału banku: .....

Nazwisko i imię właściciela konta bankowego: .....

## 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