

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.**
ul. Jasna 14/16a, 00-041 Warszawa
tel: +48 (22) 50 56 508, fax: +48 (22) 50 56 161

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:

