

ZGŁOSZENIE SZKODY Z UBEZPIECZENIA KOSZTÓW LECZENIA I NASTĘPSTW NIESZCZĘŚLIWYCH WYPADKÓW DLA CUDZOZIEMCÓW

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.**
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
3. Adres do korespondencji:
4. Adres e-mail:
5. Data urodzenia:
dzień miesiąc rok imiona rodziców telefon

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 Inter Partner Assistance Polska? Tak Nie
12. Szczegółowy opis zachorowania / wypadku, włącznie z charakterem obrażeń ciała:

13. Czy ubezpieczony w chwili wypadku był trzeźwy? Tak Nie

14. Nazwy i adresy placówek medycznych, w których ubezpieczony leczył się przed zachorowaniem / wypadkiem:

15. Nazwy i adresy placówek medycznych, w których ubezpieczony leczył się po zachorowaniu / wypadku:

