



ZGŁOSZENIE SZKODY Z UBEZPIECZENIA KOSZTÓW RATOWNICTWA

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. 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. 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 nieszczęśliwego wypadku, włącznie z charakterem obrażeń ciała:

13. Kto i gdzie udzielił ubezpieczonemu pierwszej pomocy medycznej?

15. Wielkość szkody:

[illegible]

20. Czy posiada Pan / Pani inną polisę obejmującą ochroną ubezpieczeniową to zdarzenie? [Tak] [Nie]

nazwę zakładu ubezpieczeń nr polisy

1. Oświadczam, że powyższe informacje zostały przeze mnie udzielone zgodnie z prawdą i według najlepszej wiedzy.
2. 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. oraz Inter Partner Assistance Polska 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. oraz Inter Partner Assistance Polska dokumentacji medycznej dotyczącej mojej osoby.

Należne odszkodowanie należy przekazać złotowe konto bankowe nr:

Nazwisko i imię właściciela konta bankowego:

.....
Data i podpis ubezpieczonego