

ZGŁOSZENIE SZKODY Z UBEZPIECZENIA KOSZTÓW LECZENIA

Prosimy o dokładne wypełnienie poniższego formularza i dostarczenie drogą korespondencyjną bezpośrednio na adres SIGNAL IDUNA Polska TU S.A. lub za pośrednictwem biura podróży.

Adres do korespondencji:
SIGNAL IDUNA Polska TU S.A., Zespół Obsługi Roszczeń Turystycznych
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. Data rozpoczęcia podróży:
dzień miesiąc rok godzina
Data zakończenia podróży:
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? Tak Nie

12. Szczegółowy opis zachorowania / wypadku, włącznie z charakterem obrażeń ciała:
.....
.....
.....
.....
.....

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

.....
.....

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

.....
.....

15. Nazwisko i imię oraz adres lekarza pierwszego kontaktu:

.....

16. Jeżeli zdarzenie dotyczyło wypadku komunikacyjnego, prosimy podać nr rejestracyjny samochodu i komisariat policji, na który sprawa została zgłoszona:

.....

17. Kto i gdzie udzielił Ubezpieczonemu pierwszej pomocy medycznej?

.....

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

.....
.....

19. Wielkość szkody:

Data rachunku	Kwota w lokalnej walucie	Czego dotyczy rachunek	Kto opłacił rachunek

20. Czy posiada Pan / Pani inną polisę obejmującą ochroną ubezpieczeniową to zdarzenie?

Tak Nie

Jeśli tak, to prosimy podać:

nazwę zakładu ubezpieczeń: nr polisy:

OŚWIADCZENIE

- Oświadczam, że powyższe informacje zostały przeze mnie udzielone zgodnie z prawdą i według najlepszej wiedzy.
- Zwalniam lekarzy leczących mnie w kraju stałego miejsca zamieszkania i za granicą z obowiązku dochowania tajemnicy lekarskiej oraz zezwalam na udostępnienie dokumentacji z przebiegu leczenia, a w przypadku publicznych i niepublicznych zakładów opieki zdrowotnej zwalniam je z obowiązku dochowania tajemnicy oraz zezwalam na udostępnienie wszelkiego rodzaju dokumentacji medycznej dotyczącej mojej osoby, o którą poprosi SIGNAL IDUNA.
- Zwalniam inne zakłady ubezpieczeń, urzędy i instytucje z obowiązku zachowania tajemnicy wobec SIGNAL IDUNA.

FORMA WYPŁATY ODSZKODOWANIA

Należne odszkodowanie należy przekazać na złotówkowe konto bankowe o numerze:

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

Nazwa i nr oddziału banku:

Nazwisko i imię właściciela konta bankowego:

.....
Data i podpis Ubezpieczającego/pracownika biura podróży

.....
Data i podpis Ubezpieczonego

Do formularza prosimy dołączyć

- polisę (nie dotyczy umów generalnych) oraz następujące dokumenty:

- W przypadku kosztów leczenia, dotyczących nagłego zachorowania lub nieszczęśliwego wypadku:**
 - dokumentację medyczną z dnia zdarzenia zawierającą diagnozę lekarską
 - oryginalne rachunki i oryginalne dowody opłat za udzieloną pomoc lekarską, pogotowie ratunkowe oraz rachunków za zakupione leki i środki opatrunkowe
 - w przypadku powstania ran, obrażeń ciała bądź innych urazów - dokumentację medyczną z dnia zdarzenia lub początku leczenia (np. karta historii choroby) z opisem ran i uszkodzeń ciała lub ich skutków,
 - inne dokumenty niezbędne do ustalenia odpowiedzialności SIGNAL IDUNA (np. raport policji z miejsca wypadku, zeznania świadków z zaistniałego zdarzenia, dokument uprawniający do kierowania pojazdem, itp.)
 - oświadczenie szkoły potwierdzające, że dana osoba była opiekunem podczas imprezy turystycznej zorganizowanej przez szkołę lub na jej zlecenie przez organizatora turystyki z uwzględnieniem terminu imprezy turystycznej oraz jej destynacji.
- W przypadku śmierci Ubezpieczonego za granicą w skutek nagłego zachorowania lub nieszczęśliwego wypadku:**
 - dokumenty wymienione w pkt.1.,
 - akt zgonu oraz inne dokumenty związane z tym zdarzeniem, w szczególności dokumentację zawierającą informację o przyczynach zgonu,
 - oryginalne rachunki i oryginalne dowody opłat za transport zwłok Ubezpieczonego lub pochówek za granicą.
- W przypadku kosztów powstałych w skutek opóźnienia lotu:**
 - dokument przewoźnika potwierdzający opóźnienie lotu,
 - oryginalne rachunki i oryginalne dowody opłat potwierdzające niezbędne wydatki związane z opóźnieniem lotu.
- W przypadku kosztów przedłużonego pobytu za granicą wskutek wybuchu wulkanu, strajku lub zamieszek, huraganu, powodzi lub trzęsienia ziemi:**
 - poświadczenie przewoźnika (linie lotnicze, kolejowe, transport autokarowy lub promowy) o niemożności wykonania usługi transportowej wskutek wybuchu wulkanu, strajku lub zamieszek, huraganu, powodzi lub trzęsienia ziemi,
 - oryginalne rachunki i/lub dowody opłat potwierdzające koszty przedłużonego pobytu za granicą wskutek wybuchu wulkanu, strajku lub zamieszek.
- W przypadku kosztów przedłużenia opieki nad zwierzętami domowymi (psem lub kotem):**
 - dokumentację medyczną zawierającą diagnozę lekarską i potwierdzającą okres hospitalizacji za granicą
 - dokument potwierdzający własność psa lub kota,
 - oryginalne rachunki i dowody opłat potwierdzające koszty przedłużonego pobytu psa lub kota w hotelu dla zwierząt wraz z oświadczeniem hotelu dla zwierząt o ilości dni przedłużonego pobytu.
- W przypadku kosztów karnetu oraz kosztów uczestnictwa w zajęciach szkółki narciarskiej lub snowboardu:**
 - dokumentację medyczną zawierającą diagnozę lekarską i potwierdzającą okres hospitalizacji za granicą
 - oryginalne rachunki i dowody opłat za karnet narciarski wraz z dokumentem potwierdzającym cenę karnetu oraz liczbę dni,
 - oryginalne rachunki i dowody opłat za uczestnictwo w zajęciach szkółki narciarskiej lub snowboardu.