SIGNAL IDUNA
UBEZPIECZENIA

# 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: D D (dzień) M M (miesiąc) R R R R (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 D D (dzień) M M (miesiąc) R R R R (rok) do D D (dzień) M M (miesiąc) R R R R (rok)

7. Ubezpieczający / Biuro podróży: .....

## INFORMACJE O SZKODZIE

8. Data rozpoczęcia podróży: D D (dzień) M M (miesiąc) R R R R (rok) G G (godzina) Data zakończenia podróży: D D (dzień) M M (miesiąc) R R R R (rok) G G (godzina)

9. Zdarzenie: D D (dzień) M M (miesiąc) R R R R (rok) G G (godzina) ..... (miejscowość) ..... (kraj)

10. Przyjęcie Ubezpieczonego do leczenia: D D (dzień) M M (miesiąc) R R R R (rok) G G (godzina)

11. Czy sprawa została zgłoszona do Centrali Alarmowej? ☐ Tak ☐ Nie

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

.....

.....

.....

.....

.....

SIT 0043E/7?.15

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

1. Oświadczam, że powyższe informacje zostały przeze mnie udzielone zgodnie z prawdą i według najlepszej wiedzy.
2. 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.
3. 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:

☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐

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:**

1. **W przypadku kosztów leczenia, dotyczących nagłego zachorowania lub nieszczęśliwego wypadku:**
   a) dokumentację medyczną z dnia zdarzenia zawierającą diagnozę lekarską
   b) oryginalne rachunki i oryginalne dowody opłat za udzieloną pomoc lekarską, pogotowie ratunkowe oraz rachunków za zakupione lekarstwa i środki opatrunkowe
   c) 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,
   d) 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.)
   e) 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.
2. **W przypadku śmierci Ubezpieczonego za granicą w skutek nagłego zachorowania lub nieszczęśliwego wypadku:**
   a) dokumenty wymienione w pkt.1.,
   b) akt zgonu oraz inne dokumenty związane z tym zdarzeniem, w szczególności dokumentację zawierającą informację o przyczynach zgonu,
   c) oryginalne rachunki i oryginalne dowody opłat za transport zwłok Ubezpieczonego lub pochówek za granicą.
3. **W przypadku kosztów powstałych w skutek opóźnienia lotu:**
   a) dokument przewoźnika potwierdzający opóźnienie lotu,
   b) oryginalne rachunki i oryginalne dowody opłat potwierdzające niezbędne wydatki związane z opóźnieniem lotu.
4. **W przypadku kosztów przedłużonego pobytu za granicą wskutek wybuchu wulkanu, strajku lub zamieszek, huraganu, powodzi lub trzęsienia ziemi:**
   a) 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,
   b) oryginalne rachunki i/lub dowody opłat potwierdzające koszty przedłużonego pobytu za granicą wskutek wybuchu wulkanu, strajku lub zamieszek.
5. **W przypadku kosztów przedłużenia opieki nad zwierzętami domowymi (psem lub kotem):**
   a) dokumentację medyczną zawierającą diagnozę lekarską i potwierdzającą okres hospitalizacji za granicą
   b) dokument potwierdzający własność psa lub kota,
   c) 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.
6. **W przypadku kosztów karnetu oraz kosztów uczestnictwa w zajęciach szkółki narciarskiej lub snowboardu:**
   a) dokumentację medyczną zawierającą diagnozę lekarską i potwierdzającą okres hospitalizacji za granicą
   b) oryginalne rachunki i dowody opłat za karnet narciarski wraz z dokumentem potwierdzającym cenę karnetu oraz liczbę dni,
   c) oryginalne rachunki i dowody opłat za uczestnictwo w zajęciach szkółki narciarskiej lub snowboardu.