

**ZGŁOSZENIE SZKODY Z UBEZPIECZENIA KOSZTÓW LECZENIA ZA GRANICĄ**

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., Biuro Obsługi Roszczeń  
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

**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?  Tak  Nie

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

.....  
.....



