

ZGŁOSZENIE SZKODY Z UBEZPIECZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI CYWILNEJ

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. wszelkie dokumenty potwierdzające zgłoszenie roszczeń lub wystąpienie takiej możliwości wobec Ubezpieczonego,
3. oświadczenia świadków zdarzenia.

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. Czy sprawa została zgłoszona do Centrali Alarmowej? Tak Nie

11. Szczegółowy opis okoliczności i przebieg zdarzenia:
.....
.....
.....
.....
.....
.....

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

.....
.....
.....

13. Czy wszczęto postępowanie karne i przeciw komu?:

.....
.....
.....

14. Podać imiona i nazwiska oraz adresy zamieszkania osób poszkodowanych w wyniku zdarzenia:

.....
.....
.....
.....
.....

15. Przybliżona wielkość strat:

.....
.....

16. 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.

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