

Czy leczenie skutków wypadku zostało zakończone?* (termin leczenia oznacza bezpośredni okres leczenia urazu oraz zakończenia rehabilitacji)

nie, przewidywany termin zakończenia leczenia (rok, miesiąc):

tak, data zakończenia leczenia (rok, miesiąc, dzień):

Dotyczy wypadku:

Czy Ubezpieczony w chwili wypadku prowadził pojazd mechaniczny?*

Tak Nie

*Jeżeli tak, to prosimy podać rodzaj pojazdu oraz numer i kategorie prawa jazdy.

Czy Ubezpieczony w chwili wypadku znajdował się pod wpływem alkoholu?*

Tak Nie

Kto i gdzie udzielił Ubezpieczonemu pierwszej pomocy bezpośrednio po wypadku?

Czy był spisany protokół policyjny lub protokół przedstawiciela BHP w zakładzie pracy?*

Tak Nie

*Jeżeli tak, należy dołączyć kopię.

Czy była przeprowadzona sekcja zwłok?*

Tak Nie

*Jeżeli tak, należy dołączyć jej wynik.

Czy w związku ze śmiercią toczy się postępowanie sądowe?*

Tak Nie

*Proszę podać przyczynę i rodzaj postępowania.

Konsultacje i badania lekarskie związane ze zdarzeniem: (dotyczy roszczenia z tytułu trwałego kalectwa, pobytu w szpitalu, wykonania operacji chirurgicznej lub wystąpienia u Ubezpieczonego Ciężkiej Choroby)

Prosimy podać dane lekarzy, którzy badali lub leczyli Pana/Panią w związku ze zdarzeniem oraz dane lekarza, u którego zwykle się Pan/Pani leczysz, jasz Pana/Pani lekarzem pierwszego kontaktu.

Imię i nazwisko lekarza	Adres miejsca pracy lekarza, telefon	Daty leczenia, konsultacji

Adres komendy policji lub prokuratury prowadzącej ewentualne dochodzenie (dotyczy zdarzeń zaistniałych w wyniku NW)

DYSPOZYCJA REALIZACJI ŚWIADCZENIA W PRZYPADKU USTALENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

Kwotę świadczenia proszę przelać na mój rachunek bankowy:

przelew na rachunek bankowy

właściciel rachunku: nazwa, oddział banku:

Nr konta:

ZAŁĄCZNIKI ZŁOŻONE PRZEZ UBEZPIECZONEGO/UPOSAŻONEGO WRAZ Z FORMULARZEM ZGŁOSZENIA ROSZCZENIA

1.	Kopia dowodu osobistego Ubezpieczonego/Uposażonego	4.	
2.		5.	
3.		6.	

Wykaz wszystkich dokumentów wymaganych do rozpatrzenia zgłaszanego roszczenia określają odpowiednie zapisy Ogólnych Warunków Ubezpieczenia na podstawie których została zawarta Umowa Ubezpieczenia.

OŚWIADCZENIE UBEZPIECZONEGO/UPOSAŻONEGO

Oświadczam, że podane przeze mnie dane w niniejszym formularzu zgłoszenia roszczenia odpowiadają prawdzie. Jestem świadom odpowiedzialności karnej grożącej za udzielenie nieprawdziwych informacji lub zatajenie okoliczności mających istotny wpływ na proces rozpatrywania roszczenia. Jestem świadom, że w razie ustalenia zatajenia okoliczności istotnych do rozpatrzenia roszczenia, SIGNAL IDUNA Życie Polska TU S.A. może zmniejszyć lub odmówić wypłaty świadczenia.

Jednocześnie upoważniam SIGNAL IDUNA Życie Polska TU S.A. do wglądu we wszelką dokumentację związaną z niniejszym zdarzeniem, będącą w szczególności w posiadaniu placówek medycznych, organów Administracji Państwowej, wymiaru sprawiedliwości i innych towarzystw ubezpieczeniowych oraz dokonywania z nich niezbędnych odpisów, zgodnie z art. 22 ust. 1, 4 i 5 oraz art. 25 ust. 1 Ustawy o działalności ubezpieczeniowej z dnia 22.05.2003 (Dz. U. Nr 03.124.11).

Data

.....
podpis Ubezpieczonego/Uprawnionego

WYPEŁNIA UBEZPIECZAJĄCY

DANE UBEZPIECZAJĄCEGO

Imię/Nazwisko/Nazwa firmy:

.....

Data rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej:

Data zakończenia Ubezpieczenia:

.....
Miejscowość

Data

.....
podpis Ubezpieczonego