

ZGŁOSZENIE SZKODY Z UBEZPIECZENIA NASTĘPSTW NIESZCZĘŚLIWYCH WYPADKÓW

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. dokumentację medyczną z udzielenia pierwszej pomocy medycznej po zdarzeniu zawierającą opis obrażeń ciała i diagnozę lekarską, a także wyniki badań,
3. dokumentację medyczną z kontynuacji leczenia powypadkowego wraz z wynikami badań.

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., Zespół Obsługi Roszczeń Turystycznych
ul. Przyokopowa 31, 01-208 Warszawa; tel. 22 505 61 60

1. DANE OSOBOWE UBEZPIECZONEGO

1. Nazwisko i imię:

2. Adres: miejscowość ulica telefon

kod pocztowy

3. Adres do korespondencji:

4. Adres e-mail:

5. Data urodzenia: imiona rodziców zawód

dzień miesiąc rok

Czy wyraża Pani/Pan zgodę na przesyłanie korespondencji odnośnie zgłoszonego roszczenia drogą elektroniczną (e-mail, sms)? Tak Nie

2. DANE O POLISIE

6. Nr polisy: ważna od do

dzień miesiąc rok dzień miesiąc rok

7. Ubezpieczający / Biuro podróży:

3. INFORMACJE O SZKODZIE

8. Zdarzenie:

dzień miesiąc rok godzina

9. Czy sprawa została zgłoszona do Centrali Alarmowej? Tak Nie

10. Miejsce wypadku:

Adres:

11. Szczegółowy opis wypadku, włącznie z charakterem obrażeń ciała:

.....

.....

.....

.....

12. Czy Ubezpieczony w chwili wypadku był trzeźwy? Tak Nie

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

.....
.....

14. Nazwy i adresy placówek medycznych, w których Ubezpieczony leczył się po 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. Jeżeli Ubezpieczony w chwili wypadku prowadził pojazd samochodowy, prosimy podać numer i kategorię prawa jazdy:

.....

18. Kto i gdzie udzielił Ubezpieczonemu pierwszej pomocy medycznej?

.....

19. Czy zostało już zakończone leczenie powypadkowe i rehabilitacja? Tak Nie

(jeżeli nie, to prosimy podać przewidywany termin zakończenia leczenia, jeżeli jest znany)

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

.....
.....

21. W przypadku śmierci Ubezpieczonego podać dane osobowe i adresowe osoby składającej roszczenia:

.....

4. 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.

5. REKLAMACJE

1. Klient może składać skargi, zażalenia i reklamacje zawierające zastrzeżenia dotyczące usług świadczonych przez SIGNAL IDUNA (zwane dalej łącznie „reklamacjami”) w następujących miejscach i formie:
 - a) pisemnie na adres: SIGNAL IDUNA Polska TU S.A., ul. Przyokopowa 31, 01-208 Warszawa,
 - b) faksem na numer: 22 50 56 101,
 - c) pocztą elektroniczną: reklamacje@signal-iduna.pl,
 - d) telefonicznie pod numerem 0 801 120 120 lub 22 50 56 506,
 - e) osobiście w siedzibie SIGNAL IDUNA (adres jak wyżej) lub Regionalnym Centrum Obsługi Ubezpieczeń (dane kontaktowe Regionalnych Centrów Obsługi Ubezpieczeń SIGNAL IDUNA podane są na stronie internetowej i na bieżąco aktualizowane).
2. Reklamacja powinna zawierać dane kontaktowe Klienta umożliwiające identyfikację i kontakt w celu udzielenia odpowiedzi (imię i nazwisko, adres, numer umowy ubezpieczenia, której reklamacja dotyczy lub numer sprawy dotyczącej roszczenia, nadany wcześniej przez SIGNAL IDUNA). SIGNAL IDUNA rozpatruje reklamację i udziela na nią odpowiedzi niezwłocznie, nie później niż w terminie 30 dni od dnia jej otrzymania, chyba że mają miejsce szczególnie skomplikowane okoliczności, uniemożliwiające rozpatrzenie reklamacji i udzielenia odpowiedzi w tym terminie. W takiej sytuacji SIGNAL IDUNA poinformuje Klienta, o przyczynach opóźnienia oraz okolicznościach, które muszą zostać ustalone dla rozpatrzenia sprawy oraz określi przewidywany termin rozpatrzenia reklamacji i udzielenia odpowiedzi, który nie może przekroczyć 60 dni od dnia otrzymania reklamacji. Odpowiedź na reklamację jest udzielana w formie papierowej, a na wniosek Klienta – może być również dostarczona pocztą elektroniczną.

6. FORMA WYPŁATY ODSZKODOWANIA

Należne odszkodowanie należy przekazać na złotówkowe konto bankowe o numerze:

□□ □□□□ □□□□ □□□□ □□□□ □□□□ □□□□

Nazwa i nr oddziału banku:

Nazwisko i imię właściciela konta bankowego: