

ZGŁOSZENIE SZKODY Z TYTUŁU KOSZTÓW TRANSPORTU NA IMPREZĘ TURYSTYCZNĄ

Prosimy o dokładne i czytelne wypełnienie poniższego formularza i dostarczenie drogą korespondencyjną bezpośrednio na adres SIGNAL IDUNA Polska TU S.A. lub za pośrednictwem agenta/biura podróży.

Do formularza prosimy dołączyć:

1. dokument ubezpieczenia,
2. umowa uczestnictwa w imprezie turystycznej,
3. oryginały rachunków i dowodów wniesionych opłat,
4. potwierdzenie zakupu biletu lotniczego, dowody poniesionych opłat,
5. bilet na publiczny środek transportu, który się opóźnił,
6. zaświadczenie o opóźnieniu tego środka transportu wydane przez przewoźnika.

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 UBEZPIECZONEGO

Nazwisko i imię:

Adres:
kod pocztowy miejscowość ulica nr domu

Data urodzenia:
dzień miesiąc rok telefon e-mail

Adres do korespondencji:

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

2. DANE O POLISIE

Nr polisy: ważna od do
dzień miesiąc rok dzień miesiąc rok

3. INFORMACJE O IMPREZIE TURYSTYCZNEJ

Nazwa biura podróży u którego wykupiono podróż:

kraj docelowy wykupiono w dniu:
dzień miesiąc rok

początek podróży: koniec podróży:
dzień miesiąc rok godzina dzień miesiąc rok godzina

4. DANE O OPÓŹNIENIU ŚRODKA TRANSPORTU:

Typ środka

Planowana data i godzina wyjazdu: przyjazdu:
dzień miesiąc rok godzina dzień miesiąc rok godzina

Faktyczna data i godzina przyjazdu:
dzień miesiąc rok godzina

5. 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.

6. FORMA WYPŁATY ODSZKODOWANIA

Należne odszkodowanie należy przekazać na złotówkowe konto bankowe o numerze:

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

Nazwa i nr oddziału banku:

Nazwisko i imię właściciela konta bankowego:

.....
Data i podpis Ubezpieczonego