

ZGŁOSZENIE SZKODY Z UBEZPIECZENIA KOSZTÓW LECZENIA

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

Adres do korespondencji:
SIGNAL IDUNA Polska TU S.A., Zespół Obsługi Roszczeń Turystycznych
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

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

DANE O POLISIE

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

7. Ubezpieczający / Biuro podróży:

INFORMACJE O SZKODZIE

8. Data rozpoczęcia podróży:
dzień miesiąc rok godzina
Data zakończenia podróży:
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:
.....
.....
.....
.....
.....

