

## ZGŁOSZENIE SZKODY Z UBEZPIECZENIA KOSZTÓW LECZENIA ZA GRANICĄ

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. oryginalne rachunki,
3. oryginalne dowody opłat,
4. dokumentację medyczną zawierającą diagnozę lekarską.

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., Biuro Szkód i Świadczeń**  
ul. Jasna 14/16A, 00-041 Warszawa; tel. 0 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. Przyjęcie ubezpieczonego do leczenia:            
..... dzień ..... miesiąc ..... rok ..... godzina

11. Czy sprawa została zgłoszona do Centrali Alarmowej Inter Partner Assistance?  Tak  Nie

12. Szczegółowy opis zachorowania / wypadku, włącznie z charakterem obrażeń ciała:

.....  
 .....



