FORMULARZ ZGŁOSZENIA SZKODY

Indywidualne i Grupowe Ubezpieczenie NNW

SIGNAL IDUNA

SIGNAL IDUNA Polska
Towarzystwo Ubezpieczeń S.A.

Numer polisy

Okres ochrony ubezpieczeniowej od / do — dzień, miesiąc, rok

Dane Ubezpieczającego

Imię i nazwisko/Nazwa firmy	
Adres zamieszkania/Siedziby	
Kontakt telefoniczny	

Dane Ubezpieczonego

(w przypadku, gdy Poszkodowaną osobą jest niepełnoletni, zgłoszenie szkody powinno być wypełnione i podpisane przez prawnego opiekuna osoby Poszkodowanej)

Imię i nazwisko	
Adres zamieszkania	
Adres korespondencyjny	
PESEL	
Kontakt telefoniczny	

Czy Ubezpieczony jest osobą pełnoletnią?* ☐ TAK ☐ NIE, prosimy podać prawnego opiekuna

Imię i nazwisko	
Adres korespondencyjny	
Kontakt telefoniczny	

Dane dotyczące wypadku

Data wypadku — dzień, miesiąc, rok — miejscowość

Okoliczności oraz przebieg wypadku

Doznane obrażenia ciała

Czy byli świadkowie wypadku?* ☐ NIE ☐ TAK, prosimy podać dane personalne oraz adresy świadków

Imię i nazwisko	Adres

Nazwa i adres placówki medycznej udzielającej pierwszej pomocy bezpośrednio po wypadku

Nazwa	
Adres	
Data zgłoszenia się do leczenia	

Nazwa i adres placówki medycznej prowadzącej leczenie bezpośrednio po wypadku

Nazwa	
Adres	
Dane personalne lekarza prowadzącego leczenie	

Nazwa i adres instytucji prowadzącej sprawę, jeżeli do wypadku doszło w wyniku przestępstwa lub wypadku drogowego

Nazwa:			
Adres			
Nr sprawy		Nazwa schorzenia	

Czy w chwili wypadku Poszkodowany był pod wpływem alkoholu, narkotyków lub innych środków odurzających?*

☐ NIE ☐ TAK, w jakim stopniu i pod wpływem jakich środków

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

☐ NIE Przewidywany termin zakończenia leczenia (miesiąc, rok)

☐ TAK Data zakończenia leczenia (dzień, miesiąc, rok)

Dyspozycja sposobu wypłaty świadczenia w przypadku ustalenia odpowiedzialności *

☐ Przelew na rachunek bankowy

właściciel rachunku — nazwa oddziału banku

☐ Przekazem pocztowym na adres

ulica — kod pocztowy, miejscowość

Załączniki złożone przez Ubezpieczonego/Uprawnionego przy zgłaszaniu zgonu Ubezpieczonego**

1		4	
2		5	
3		6	

Objaśnienia:

*proszę zaznaczyć właściwe pole ** wymagane dokumenty w oryginale lub poświadczone za zgodność z oryginałem kopie

Oświadczenie Uprawnionego/Prawnego Opiekuna

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 Polska Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. może zmniejszyć lub odmówić wypłaty świadczenia.

Upoważniam SIGNAL IDUNA Polska Towarzystwo Ubezpieczeń 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 03.124.1151)

Czytelny podpis Ubezpieczonego/Prawnego Opiekuna

Miejscowość i data