

**ZGŁOSZENIE SZKODY Z UBEZPIECZENIA KOSZTÓW REZYGNACJI LUB PRZERWANIA IMPREZY TURYSTYCZNEJ/
 ANULACJI BILETU LOTNICZEGO, AUTOKAROWEGO, PROMOWEGO/ ANULACJI REZERWACJI NOCLEGÓW**

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. zał. nr 1 do druku zgłoszenia szkody z ubezpieczenia kosztów rezygnacji lub przerwania imprezy turystycznej/ anulacji biletu lotniczego, autokarowego, promowego/ anulacji rezerwacji noclegów,
2. polisę (nie dotyczy umów generalnych),
3. oryginał umowy uczestnictwa w imprezie turystycznej wraz z Warunkami Uczestnictwa w imprezie turystycznej i oświadczenie o rezygnacji lub przerwaniu uczestnictwa w imprezie turystycznej poświadczone w biurze podróży - dotyczy wariantu RG / RGS,
4. oryginał biletu lotniczego, autokarowego, promowego,
5. oryginał umowy rezerwacji noclegów - dotyczy wariantu RGH,
6. dowody wniesionych opłat za imprezę turystyczną / bilet lotniczy, autokarowy, promowy/ rezerwację noclegów.

Dodatkowo, w zależności od rodzaju szkody prosimy dołączyć:

1. dokumentację medyczną wraz z diagnozą lekarską,
2. protokół policji z miejsca zdarzenia,
3. akt zgonu,
4. oryginalne rachunki i oryginalne dowody opłat za transport powrotny,
5. zaświadczenie z biura podróży o kosztach transportu powrotnego przewidzianych w umowie,
6. inne dokumenty potwierdzające zgłaszane roszczenia,
7. wypowiedzenie umowy o pracę,
8. wyznaczenie daty rozpoczęcia pracy,
9. wezwanie do stawienia się w sądzie,
10. dokumenty potwierdzające uczestnictwo w procedurze pobierania szpiku kostnego.

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 O UBEZPIECZONYM

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. RODZAJ SZKODY

Koszty rezygnacji z imprezy turystycznej Koszty przerwania uczestnictwa w imprezie turystycznej
 Koszty anulowania biletu lotniczego, autokarowego, promowego Koszty anulowania rezerwacji noclegów

4. INFORMACJE O IMPREZIE TURYSTYCZNEJ / BILECIE LOTNICZYM, AUTOKAROWYM, PROMOWYM / REZERWACJI NOCLEGU

Nazwa biura podróży, obiektu hotelarskiego, internetowego systemu rezerwacyjnego, w którym wykupiono imprezę turystyczną / bilet lotniczy, autokarowy, promowy/ rezerwację noclegów:

kraj docelowy wykupiono w dniu:
 dzień miesiąc rok godzina

początek imprezy /data wylotu/ początek pobytu w obiekcie hotelarskim: koniec imprezy / data powrotu/ koniec pobytu w obiekcie hotelarskim:
 dzień miesiąc rok godzina dzień miesiąc rok godzina

środek transportu (dla wariantu RG/RGS): samolot statek autobus kolej inne

5. PRZYCZYNA REZYGNACJI Z IMPREZY TURYSTYCZNEJ / ANULACJI BILETU LOTNICZEGO, AUTOKAROWEGO, PROMOWEGO/ REZERWACJI NOCLEGU

A. nagle zachorowanie śmierć przedwczesny poród szkoda w mieniu nieszczęśliwy wypadek inne

B. przy nieszczęśliwych wypadkach podać kto spowodował wypadek:

C. data zdarzenia, które doprowadziło do rezygnacji/przerwania uczestnictwa/anulacji biletu lotniczego, autokarowego, promowego /anulacji rezerwacji noclegów:

<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"/>
dzień		miesiąc		rok				godzina	

D. Data pisemnego zgłoszenia rezygnacji / przerwania uczestnictwa / anulacji biletu lotniczego, autokarowego, promowego w biurze podróży/ obiekcie hotelarskim, internetowym systemie rezerwacyjnym:

<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"/>
dzień		miesiąc		rok				godzina	

E. Jeżeli zgłoszenie rezygnacji / przerwania uczestnictwa / anulacji biletu lotniczego, autokarowego, promowego / anulacji rezerwacji noclegów nie nastąpiło w ciągu 2 dni od daty zdarzenia, prosimy

o podanie powodu:

F. Kogo dotyczy zdarzenie?

• Ubezpieczonego? tak nie nazwisko i imię:

• Osoby bliskiej nie biorącej udziału w imprezie? tak nie

stopień pokrewieństwa z uczestnikiem imprezy / lotu / pobytu:

nazwisko i imię: data urodzenia:

adres zamieszkania:

• Osoby towarzyszącej w wyjeździe? tak nie

nazwisko i imię: data urodzenia:

adres zamieszkania:

OŚWIADCZENIE

- Oświadczam, że powyższe informacje zostały przeze mnie udzielone zgodnie z prawdą i według najlepszej wiedzy.
- 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.
- Zwalniam inne zakłady ubezpieczeń, urzędy i instytucje z obowiązku zachowania tajemnicy wobec SIGNAL IDUNA.

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