

Konsultacje i badania lekarskie związane ze zdarzeniem: (dotyczy roszczenia z trwałego uszczerbku, poważnego zachorowania, leczenia szpitalnego, trwałego inwalidztwa)

Prosimy podać dane lekarzy, którzy badali lub leczyli Pana/Panią w związku ze zdarzeniem oraz dane lekarza, u którego zwykle się Pan/Pani leczą, jast Pana/Pani lekarzem pierwszego kontaktu.

Imię i nazwisko lekarza	Adres miejsca pracy lekarza, telefon	Daty leczenia, konsultacji

Adres komendy policji lub prokuratury prowadzącej ewentualne dochodzenie (dotyczy zdarzeń zaistniałych w wyniku NW)

DYSPOZYCJA REALIZACJI ŚWIADCZENIA W PRZYPADKU USTALENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

Kwotę świadczenia proszę przelać na mój rachunek bankowy:

przelew na rachunek bankowy

właściciel rachunku: nazwa, oddział banku:

Nr konta:

przekaz pocztowy na wskazany adres

ulica: kod: miasto:

ZAŁĄCZNIKI ZŁOŻONE PRZEZ UBEZPIECZONEGO/UPRAWNIONEGO WRAZ Z FORMULARZEM ZGŁOSZENIA ROSZCZENIA

1.	Kopia dowodu osobistego Ubezpieczonego/Uprawnionego	4.	
2.		5.	
3.		6.	

OŚWIADCZENIE UBEZPIECZONEGO/UPRAWNIONEGO

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 Życie Polska TU S.A. może zmniejszyć lub odmówić wypłaty świadczenia. Jednocześnie upoważniam SIGNAL IDUNA Życie Polska TU 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 03.124.11).

Data

.....
podpis Ubezpieczonego/Uprawnionego

WYPEŁNIA PRACODAWCA/UBEZPIECZAJĄCY

DANE PRACODAWCY/UBEZPIECZAJĄCEGO

Nazwa lub pieczęć firmowa Pracodawcy/Ubezpieczającego:

Data przystąpienia Ubezpieczonego do ubezpieczenia: Data zatrudnienia u obecnego Pracodawcy:

Data rozwiązania umowy o pracę (o ile dotyczy):

.....
Miejscowość

Data

.....
pieczęć i podpis osoby reprezentującej pracodawcę

POTWIEDZENIE PRZEZ OSOBĘ ODPOWIEDZIALNĄ ZA OBSŁUGĘ UBEZPIECZENIA

Niniejszym potwierdzam, że w dniu wystąpienia zdarzenia ubezpieczeniowego Umowa pomiędzy Ubezpieczającym, a Ubezpieczonym była prawnie wiążąca.

Data

.....
imię, nazwisko i podpis osoby odpowiedzialnej za obsługę ubezpieczenia