



15. Nazwisko i imię oraz adres lekarza pierwszego kontaktu:

16. Jeżeli zdarzenie dotyczyło wypadku komunikacyjnego, prosimy podać nr rejestracyjny samochodu i komisariat policji, na który sprawa została zgłoszona:

17. Jeżeli ubezpieczony w chwili wypadku prowadził pojazd samochodowy, prosimy podać numer i kategorię prawa jazdy:

18. Kto i gdzie udzielił ubezpieczonemu pierwszej pomocy medycznej?

19. Jeśli są świadkowie zdarzenia, to podać nazwiska i imiona oraz ich adresy:

20. Wielkość szkody:

Data rachunku	Kwota w lokalnej walucie	Czego dotyczy rachunek	Kto opłacił rachunek

21. Czy spodziewa się Pan / Pani innych rachunków? Tak Nie

22. Czy posiada Pan / Pani inną polisę obejmującą ochroną ubezpieczeniową to zdarzenie? Tak Nie

Jeśli tak, to prosimy podać:

nazwę zakładu ubezpieczeń ..... nr polisy .....

### OŚWIADCZENIE

- Oświadczam, że powyższe informacje zostały przeze mnie udzielone zgodnie z prawdą i według najlepszej wiedzy. Zwalniam lekarzy leczących mnie w Polsce i za granicą z dochowania tajemnicy lekarskiej i wyrażam zgodę na udostępnienie lekarzom Signal Iduna Polska TU S.A. oraz Coris Varsovie Sp. z o.o.
- dokumentacji medycznej dotyczącej mojej osoby.
- Zwalniam publiczne i niepubliczne zakłady opieki zdrowotnej oraz Zakład Ubezpieczeń Społecznych z obowiązku dochowania tajemnicy lekarskiej i wyrażam zgodę na udostępnienie lekarzom Signal Iduna Polska TU S.A. oraz Coris Varsovie Sp. z o.o dokumentacji medycznej dotyczącej mojej osoby.

### FORMA WYPŁATY ODSZKODOWANIA

Należne odszkodowanie należy przekazać złotowe konto bankowe nr:

□□ □□□□ □□□□ □□□□ □□□□ □□□□ □□□□

Nazwa i nr oddziału banku: .....

Nazwisko i imię właściciela konta bankowego: .....

.....  
Data i podpis ubezpieczającego/  
/pracownika biura podróży

.....  
Data i podpis ubezpieczonego