



15. Jeżeli zdarzenie dotyczyło wypadku komunikacyjnego, prosimy podać nr rejestracyjny samochodu i komisariat policji, na który sprawa została zgłoszona:
16. Jeżeli ubezpieczony w chwili wypadku prowadził pojazd samochodowy, prosimy podać numer i kategorię prawa jazdy:
17. Kto i gdzie udzielił ubezpieczonemu pierwszej pomocy medycznej?
18. Czy zostało już zakończone leczenie powypadkowe i rehabilitacja? Tak Nie (jeśli nie, to prosimy podać przewidywany termin zakończenia leczenia, jeżeli jest znany)
19. Jeśli są świadkowie zdarzenia, to podać nazwiska i imiona oraz ich adresy:
20. W przypadku śmierci ubezpieczonego podać dane osobowe i adresowe osoby składającej roszczenia:

### OŚWIADCZENIE

- Oświadczam, że powyższe informacje zostały przeze mnie udzielone zgodnie z prawdą i według najlepszej wiedzy.
- Zwalniam lekarzy leczących mnie z dochowania tajemnicy lekarskiej i wyrażam zgodę na udostępnienie lekarzom Signal Iduna Polska TU S.A. lub 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. lub 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

### WSTĘPNE ORZECZENIE LEKARSKIE (WYPEŁNIA LEKARZ)

1. Przyjęcie ubezpieczonego do leczenia □□ □□ □□□□ □□  
dzień miesiąc rok godzina

2. Opis obrażeń ciała spowodowanych wypadkiem (po polsku):

3. Podać nazwy zakładów leczniczych, w których ubezpieczony leczył się po wypadku:

4. Przewidywany okres leczenia i rehabilitacji: .....

5. Kiedy należy skierować ubezpieczonego na końcowe badanie lekarskie? .....

.....  
Miejscowość i data

.....  
Pieczęć i podpis lekarza