

**ZGŁOSZENIE SZKODY Z UBEZPIECZENIA KOSZTÓW LECZENIA (KL) ZA GRANICĄ**

Prosimy o dokładne wypełnienie poniższego formularza i dostarczenie drogą korespondencyjną bezpośrednio na adres Signal Iduna Polska TU S.A.

Do formularza prosimy dołączyć:

1. oryginalne rachunki,
2. oryginalne dowody opłat,
3. dokumentację medyczną zawierającą diagnozę lekarską.

Dodatkowo, w zależności od rodzaju szkody prosimy dołączyć:

1. protokół policji z miejsca zdarzenia,
2. zeznania świadków,
3. akt zgonu,
4. inne dokumenty potwierdzające zgłaszane roszczenia.

Adres do korespondencji:

**Signal Iduna Polska TU S.A.**

**Biuro Likwidacji Szkód Turystycznych i Osobowych**

ul. Jasna 14/16a, 00-041 Warszawa

tel. 022 50 56 160, fax. 022 50 56 161

**DANE OSOBOWE UBEZPIECZONEGO**

1. Nazwisko i imię:
2. Adres: .....  
 kod pocztowy                      miejscowość                      ulica
3. Adres do korespondencji: .....
4. Adres e-mail:
5. Data urodzenia:     .....  
 dzień    miesiąc                      rok                      imiona rodziców                      zawód

**DANE O POLISIE**

6. Karta Planeta Młodych nr..... ważna od     ..... do     .....  
 dzień    miesiąc                      rok                      dzień    miesiąc                      rok
7. Ubezpieczający Stowarzyszenie Planeta Młodych, ul. Sienkiewicza 116/4, 50-347 Wrocław, tel. (71) 328 06 77, 792 67 96, fax: (71) 328 33 43, [info@PlanetaMlodych.pl](mailto:info@PlanetaMlodych.pl), [www.PlanetaMlodych.pl](http://www.PlanetaMlodych.pl)

**INFORMACJE O SZKODZIE**

8. Wyjazd z Polski:     ..... Powrót do Polski:     .....  
 dzień    miesiąc                      rok                      godzina                      dzień    miesiąc                      rok                      godzina
9. Zdarzenie:     .....  
 dzień    miesiąc                      rok                      godzina                      miejscowość                      kraj
10. Przyjęcie ubezpieczonego do leczenia:     .....  
 dzień    miesiąc                      rok                      godzina
11. Czy sprawa została zgłoszona do Centrali Alarmowej?    Tak    Nie
12. Szczegółowy opis zachorowania / wypadku, włącznie z charakterem obrażeń ciała:
  
13. Nazwy i adresy placówek medycznych, w których ubezpieczony leczył się przed zachorowaniem / wypadkiem:
  
14. Nazwy i adresy placówek medycznych, w których ubezpieczony leczył się po zachorowaniu / wypadku:

