



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. Jeśli są świadkowie zdarzenia, to podać nazwiska i imiona oraz ich adresy:
  
19. W przypadku śmierci ubezpieczonego podać dane osobowe i adresowe osoby składającej roszczenia:

### OŚWIADCZENIE

1. Oświadczam, że powyższe informacje zostały przeze mnie udzielone zgodnie z prawdą i według najlepszej wiedzy.
2. Zwalniam lekarzy leczących mnie z dochowania tajemnicy lekarskiej i wyrażam zgodę na udostępnienie lekarzom Signal Iduna Polska TU S.A. dokumentacji medycznej dotyczącej mojej osoby.
3. 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. dokumentacji medycznej dotyczącej mojej osoby.

### FORMA WYPŁATY ODSZKODOWANIA

Należne odszkodowanie należy przekazać na złotowe konto bankowe nr:

Nazwa i nr oddziału banku: .....

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

.....  
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*