



ZGŁOSZENIE ROSZCZENIA

DANE DOTYCZĄCE OSOBY UBEZPIECZONEJ

1. Nr polisy:.....
2. Imię i nazwisko:.....
3. Imiona rodziców:.....
4. Data urodzenia:.....
5. Adres do korespondencji:.....
6. Adres e-mail:
7. Nr kontaktowy :.....

8. **Zatrudnienie** (nazwa zakładu pracy oraz adres):

.....
.....

9. **Okres zatrudnienia** : oddo.....

Stanowisko:.....

Poświadczenie zakładu pracy:

(podpis osoby upoważnionej oraz pieczęć zakładu pracy):

Data wypełnienia

.....

10. Data i miejsce wypadku:.....

11. Opis okoliczności wypadku, doznanych obrażeń oraz nazwiska ewentualnych świadków:

.....
.....
.....
.....
.....

12. Okres leczenia szpitalnego (prosimy dołączyć kopię karty informacyjnej leczenia szpitalnego):

oddo

nazwa ośrodka i adres

WYPEŁNIA LEKARZ PROWADZĄCY (jeżeli Osoba Ubezpieczona posiada dokumenty medyczne zawierające diagnozę oraz opis przebiegu leczenia, wypełnienie pkt 11 przez lekarza nie jest wymagane)

13. Data wypadku, diagnoza, opis przebiegu leczenia, data zakończenia leczenia

.....
.....
.....



.....
.....

Data

Podpis i pieczęć lekarza

14. Czy leczenie zostało zakończone?

TAK

NIE

15. Zgodnie z artykułem 815 § 3 Kodeksu Cywilnego zatajenie prawdy lub złożenie oświadczeń niezgodnych z prawdą, a istotnych i wymaganych przez Towarzystwo, spowoduje unieważnienie roszczenia.

16. **Prosimy o dołączenie do niniejszego formularza następujących dokumentów:**

- wszelkich zaświadczeń lekarskich opisujących rodzaj szkody (diagnoza i opis leczenia),
- raportów z Policji/Prokuratury/Sądu zawierających opis okoliczności wypadku oraz wynik badania na zawartość alkoholu we krwi Osoby Ubezpieczonej (jeżeli zostały sporządzone),
- zaświadczeń określających Osoby Uposażone (w przypadku śmierci Osoby Ubezpieczonej),
- oryginału świadectwa zgonu (w przypadku śmierci Osoby Ubezpieczonej).

17. Przyznane świadczenie proszę przekazać :

- na rachunek bankowy nr

nazwa banku

.....
.....

właściciel rachunku

.....

albo przekazem pocztowym

- na adres.....

UPOWAŻNIENIE

Niniejszym upoważniam szpital, przychodnię, lekarzy prowadzących leczenie, pracodawcę oraz każdą inną osobę fizyczną lub osobę prawną do dostarczenia Towarzystwu wszystkich niezbędnych informacji dotyczących okoliczności oraz następstw wypadku będącego przyczyną zgłoszenia mojego roszczenia.

Jednocześnie wyrażam zgodę na przekazywanie informacji dotyczących statusu postępowania w sprawie roszczenia *ubezpieczającemu/brokerowi ubezpieczeniowemu pośredniczącemu w postępowaniu związanym z niniejszym roszczeniem, w tym przekazywanie *treści pism/decyzji związanych z moim roszczeniem.

.....

.....

Miejscowość i data

Imię i nazwisko



Oświadczenie AIG Europe Limited Oddział w Polsce:

Niniejszym informujemy, że Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane przez AIG Europe Limited Oddział w Polsce z siedzibą w Warszawie przy ul. Marszałkowskiej 111 (administradora danych) dla celów postępowania dotyczącego zgłoszonej szkody i/lub roszczeń oraz w celach analitycznych. Przysługuje Pani/Panu prawo dostępu do danych oraz prawo ich poprawiania. Dane osobowe zostały podane w sposób dobrowolny, lecz są one niezbędne do przeprowadzenia postępowania dotyczącego zgłoszonej szkody.

Informujemy, iż zasady przetwarzania danych osobowych przez AIG Europe Limited Oddział w Polsce oraz innych podmiotów z grupy AIG są zawarte w Globalnej Polityce Prywatności AIG (dostępnej w witrynie internetowej pod adresem <http://www.aig.com.pl/po-privacy-policy-polish> lub na żądanie skierowane do: Agnieszka Żołędziowska-Kulig, Dyrektor Generalny, AIG Europe Limited Oddział w Polsce, ul. Marszałkowska 111, 00-102 Warszawa).

[]* Potwierdzam, że wszelkie podane przeze mnie dane są prawdziwe i zgodne z moją najlepszą wiedzą, a w przypadku podania danych osób trzecich zobowiązuję się do poinformowania ich o przetwarzaniu danych osobowych przez AIG Europe Limited Oddział w Polsce w powyższym zakresie oraz o treści ww. Globalnej Polityki Prywatności AIG.

[]* Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich Danych Osobowych w celach marketingowych przez AIG Europe Limited Oddział w Polsce oraz spółki z grupy AIG. Więcej informacji dotyczących przetwarzania danych w celach marketingowych zawartych jest w ww. Globalnej Polityce Prywatności AIG.

[]* Wyrażam zgodę na przesyłanie informacji handlowych o produktach i usługach grupy AIG za pomocą środków komunikacji elektronicznej oraz na przekazanie dokumentów związanych z postępowaniem dotyczącym zgłoszonej szkody w tej formie.

[]* Wyrażam zgodę na przekazanie moich danych osobowych do podmiotów powiązanych z grupy AIG zlokalizowanych w granicach bądź poza granicami kraju mojego miejsca zamieszkania, wymienionych na stronie internetowej: www.aigcorporate.com/AIG_All_Entities.pdf oraz podwykonawców działających na ich zlecenie.

Podpis: _____

Imię i nazwisko: _____

Data: _____

* *niepotrzebne skreślić*

** *prosimy o zaznaczenie „X” w przypadku zgody*