

Prosimy o złożenie niniejszego wniosku do biura DC bezpośrednio przed przystąpieniem do ubezpieczenia. Niezłożenie wniosku jest równoznaczne z zaakceptowaniem ogólnych warunków ubezpieczenia AIG Polska Towarzystwo Ubezpieczeń SA określonych poniżej, dotyczących realizacji świadczenia z tytułu śmierci. Każdorazowa zmiana Beneficjentów winna być zgłoszona w formie niniejszego wniosku. Beneficjentem jest osoba uprawniona do otrzymania świadczenia w razie śmierci Osoby Ubezpieczonej. Jeżeli w chwili śmierci Osoby Ubezpieczonej nie ma Beneficjenta świadczenie to przysługuje członkom rodziny zmarłej Osoby Ubezpieczonej w następującej kolejności: małżonek, dzieci a potem prawni spadkobiercy. W przypadku wskazania przez Osobę Ubezpieczoną kilku beneficjentów uważa się, że ich udziały w kwocie świadczenia są równe, jeżeli nie zostały określone w niniejszym wniosku. Szczegółowe postanowienia dotyczące trybu zgłaszania roszczeń określone są w „Świadectwie ubezpieczenia Posiadacza/Użytkownika Karty Diners Club”.

OSOBA UBEZPIECZONA (Posiadacz/Użytkownik Karty)

Imię (Imiona) i Nazwisko

Data urodzenia

Imię ojca

BENEFICJENT Nr 1

Imię (Imiona) i Nazwisko

Imię ojca

Stopień pokrewieństwa

Udział w kwocie świadczenia (%)

Miejsce, data i podpis Osoby Ubezpieczonej

BENEFICJENT Nr 2

Imię (Imiona) i Nazwisko

Imię ojca

Stopień pokrewieństwa

Udział w kwocie świadczenia (%)

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych zebranych w niniejszym wniosku przez towarzystwo ubezpieczeniowe AIG Polska Towarzystwo Ubezpieczeń SA

Miejsce, data i podpis Osoby Ubezpieczonej

* *Miejsca niewypełnione prosimy przekreślić*

Potwierdzam przyjęcie niniejszego wniosku.

Miejsce, data i podpis

Wypełnia Posiadacz/Użytkownik Karty*

Wypełnia Diners Club