



ZGŁOSZENIE ROSZCZENIA

DANE DOTYCZĄCE OSOBY UBEZPIECZONEJ

1. Nr polisy: 0202001357 / Diners Club
2. Numer karty Diners:
3. Imię i nazwisko Poszkodowanego:
4. Data urodzenia Poszkodowanego:.....
5. Adres do korespondencji:.....
6. Adres e-mail:
7. Nr kontaktowy :.....
8. Data i miejsce wypadku:.....
9. Opis okoliczności wypadku, doznanych obrażeń oraz nazwiska ewentualnych świadków:
.....
.....
.....
.....
10. Okres pobytu w szpitalu (całodobowo) : oddo
11. Czy w związku z wypadkiem zostały sporządzone raporty policyjne? **TAK / NIE**
12. Czy proces leczenia i rehabilitacji został zakończony? **TAK / NIE**

Do niniejszego wniosku prosimy o załączenie:

1. kopii pełnej dokumentacji medycznej związanej z wypadkiem (w tym kopii kart informacyjnych leczenia szpitalnego),
2. zaświadczenia o zakończeniu procesu leczenia i rehabilitacji,
3. raportu Policji (jeśli dotyczy).

Jeśli roszczenie dotyczy Śmierci Osoby Ubezpieczonej prosimy dołączyć :

1. dokumentację medyczną stwierdzającą bezpośrednią przyczynę zgonu,
2. raport Policji,
3. wynik sekcji zwłok (jeśli została przeprowadzona),
4. oświadczenie o ustanowieniu Beneficjenta,
5. odpis Aktu Małżeństwa lub odpis Aktu Urodzenia (jeśli Beneficjentem jest potomstwo lub małżonek Osoby Ubezpieczonej),
6. potwierdzoną notarialnie kopię dowodu osobistego Beneficjenta.

Powyższe dokumenty dotyczące roszczenia z tytułu Śmierci w wyniku NNW prosimy przesłać w oryginałach lub jako kopie potwierdzone notarialnie.



12. Dyspozycja wypłaty

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.

.....
Miejscowość i data

.....
Imię i nazwisko

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

.....
Miejscowość i data

.....
Imię i nazwisko

*Niepotrzebne skreślić



Oświadczenie AIG Europe Limited Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością Oddział w Polsce:

Niniejszym informujemy, że Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane przez **AIG Europe Limited Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością 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 Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością 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 Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością 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 Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością 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 Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością Oddział w Polsce** oraz spółki z grupy AIG. Więcej informacji dotyczących przetwarzania danych w celach marketingowych zawarty 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*