



ZGŁOSZENIE ROSZCZENIA – Opóźnienie lotu/bagażu

**WYPEŁNIA OSOBA UBEZPIECZONA**

1. Nr polisy:
2. Nr Karty:.....
3. **Imię** i nazwisko Posiadacza Karty: .....
4. **Imię** i nazwisko Poszkodowanego/ych (w przypadku, gdy Poszkodowanym nie jest posiadacz Karty prosimy **również** o podanie stopnia **pokrewieństwa** w stosunku do Posiadacza Karty oraz informacji czy jest Posiadaczem Karty Kredytowej w PKO Banku Polskim, prosimy o podanie numeru Karty):  
.....  
.....  
.....
5. Data urodzenia **Poszkodowanego**:.....
6. Adres zamieszkania: .....  
nr telefonu :.....
7. Data wyjazdu z Polski za **granicę**: .....

I OPÓŹNIENIE BAGAŻU – opis zdarzenia

8. Data, godzina i miejsce przylotu: .....
  9. Data i godzina otrzymania **bagażu**: .....
- .....  
.....  
.....

II OPÓŹNIENIE LOTU – opis zdarzenia

10. Data, godzina i miejsce wylotu według pierwotnego planu: .....
  11. Data i godzina wylotu po zmianie planu przez przewoźnika: .....
- .....  
.....  
.....

**AIG Europe Limited Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością Oddział w Polsce**

ul. Marszałkowska 111  
00-102 Warszawa, Polska

Tel.: +48 22 528 51 00

Fax: +48 22 528 52 52

12. Dyspozycja wypłaty

Przyznane świadczenie proszę przekazać :

na rachunek bankowy nr \_\_\_\_\_

nazwa banku

.....  
właściciel rachunku

.....  
albo przekazem pocztowym

na adres.....

Dokumentacja roszczenia:

Do niniejszego wniosku prosimy w **szczegółności** o załączenie:

- kopii biletu na **podróż**, w trakcie **której doszło do opóźnienia** (dokument musi **zawierać całkowitą cenę** biletu),
- potwierdzenie dokonania **opłaty** za ww. bilet przy **użyciu** Karty o podanym we wniosku numerze,
- potwierdzenie **opóźnienia** otrzymane od linii lotniczych (w przypadku **opóźnienia** lotu potwierdzenie musi **zawierać informację** o liczbie godzin **opóźnienia**).

OŚWIADCZENIE

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.

**Wyrażam zgodę** na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w niniejszym dokumencie, a w **szczegółności** danych **ujawniających mój stan zdrowia**, przez **AIG Europe Limited Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością Oddział w Polsce**, z siedzibą w Warszawie przy ul. **Marszałkowskiej 111**, w celach **związanych z działalnością** prowadzoną przez **AIG Europe Limited Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością Oddział w Polsce**. Moja zgoda na przetwarzanie danych obejmuje **również** przetwarzanie tych danych w przyszłości, o ile nie **zmieni się** cel przetwarzania danych.

**Jednocześnie oświadczam, że zostałem/am** poinformowany/a o **dobrowolności** podania danych zamieszczanych w niniejszym dokumencie, o **przysługującym** mi prawie **wglądu** do swoich danych oraz prawie do ich poprawiania (zgodnie z art. 24 ustawy z dnia 1997 roku o ochronie danych osobowych – Dz. U.n r 133, poz. 883).

.....  
Data i podpis Osoby Ubezpieczonej