



ZGŁOSZENIE ROSZCZENIA – ZWROT KOSZTÓW LECZENIA

WYPEŁNIA OSOBA UBEZPIECZONA

1. Nr polisy:.....
2. Nr karty
3. **Imię i nazwisko:**.....
4. Data **urodzenia:**.....
5. Adres zamieszkania:
nr telefonu :.....
6. Data i miejsce wypadku/zachorowania:
7. Opis wypadku i rodzaju doznanych **obrażeń/zachorowania:**
.....
.....
8. KOSZTY LECZENIA

Lista **wydatków** poniesionych w **związku** z leczeniem

Nr załącznika i opis kosztów	Data badania/zakupu leków	Kwota i waluta

9. Czy w **związku** z wypadkiem **zostały sporządzone** raporty policyjne? **Jeżeli** tak, prosimy o ich **załączenie.**
10. Czy roszczenie dotyczy **również Trwałego Inwalidztwa częściowego?**

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

11. Czy w **związku** z wypadkiem/zachorowaniem **kontaktowa/a się** Pan/Pani z Centrum Pomocy
AIG - Travel Guard? TAK / NIE

12. Dyspozycja **wypłaty**

Przyznane **świadczenie** proszę przekazać :

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

nazwa banku

właściciel rachunku

albo przekazem pocztowym

na **adres**.....

.....

Do niniejszego wniosku prosimy o **załączenie: oryginałów rachunków** za poniesione
koszty leczenia oraz **zaświadczenia** lekarskie **zawierającego diagnozę medyczną.**

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.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w niniejszym dokumencie, a w szczególności 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 **zmeni 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).

.....
Imię i nazwisko

.....
Miejscowość i data