



**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

ZGŁOSZENIE ROSZCZENIA – MIENIE OSOBISTE – UTRATA

WYPEŁNIA OSOBA UBEZPIECZONA

1. Nr polisy:
2. Nr karty .....
3. Imię i nazwisko Posiadacza Karty:.....
4. Imię i nazwisko Poszkodowanego:.....
5. Stopień pokrewieństwa: .....
6. Data urodzenia Poszkodowanego:.....
7. Adres zamieszkania Poszkodowanego: .....
- nr telefonu :.....
8. Data i miejsce opóźnienia/utruty bagażu: .....
9. Opis zdarzenia: .....
- .....
- .....
10. Mienie osobiste (bagaż)
  - a) Lista wydatków poniesionych w związku z opóźnieniem mienia osobistego (bagażu)  
lub
  - b) Lista mienia osobistego, jakie zostało utracone wskutek zagubienia/kradzieży bagażu

Nr załącznika i opis kosztów Lista rzeczy utraconych	Data zakupu -	Kwota i waluta Wycena

**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 zostały sporządzone raporty policyjne? Jeżeli tak, prosimy o ich załączenie. TAK / NIE

12. Czy w związku z wypadkiem kontaktował/a się Pan/Pani z Centrum Pomocy AIG - Travel Guard? TAK / NIE

13. 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, formularz zgłoszenia opóźnienia bagażu u przewoźnika lub raport policji w przypadku kradzieży, dokument potwierdzający aktywację ubezpieczenia.

#### 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 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).

.....  
Imię i nazwisko

.....  
Miejscowość i data