

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

10. Czy jest Pan/i zdolny/a do wykonywania swojego zawodu?

TAK NIE

11. Zgodnie z **artykułem 815 § 3** Kodeksu Cywilnego zatajenie prawdy lub **złożenie oświadczeń niezgodnych z prawdą**, a istotnych i wymaganych przez Towarzystwo, spowoduje **unieważnienie** roszczenia.

12. Prosimy o **dołączenie** do niniejszego formularza **następujących dokumentów:**

- wszelkich **zaświadczeń** lekarskich **opisujących** rodzaj szkody (diagnoza i opis leczenia),
- raportów z Policji/Prokuratury/Sądu zawierających** opis **okoliczności** wypadku oraz wynik badania na **zawartość** alkoholu we krwi Osoby Ubezpieczonej (**jeżeli zostały sporządzone**),
- zaświadczeń określających** Osoby **Uposażone** (w przypadku **śmierci** Osoby Ubezpieczonej),
- oryginału świadectwa zgonu** (w przypadku **śmierci** Osoby Ubezpieczonej).

13. 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.

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