



## ZGŁOSZENIE ROSZCZENIA

WYPEŁNIA OSOBA UBEZPIECZONA/OPIEKUN OSOBY UBEZPIECZONEJ

1. Nr polisy: ..... **0202S00160** .....
2. Imię i nazwisko: .....
3. Imiona rodziców: .....
4. Data urodzenia: .....
5. Adres do korespondencji: .....
6. Adres e-mail do rodziców: .....
7. Nr kontaktowy do rodziców: .....

8. Potwierdzenie ubezpieczenia – podpis osoby potwierdzającej ubezpieczenie oraz pieczętka szkoły

**Nazwa szkoły:** ..... **Szkoła Podstawowa z Oddziałami Integracyjnymi nr 318 w Warszawie**

..... **im. J. CH. Andersena** .....

**Adres szkoły:** ..... **ul. L. Teligi 3, 02-777 Warszawa** .....

**Nr telefonu:** ..... **(22) 641 52 38** .....

**Data wypełnienia:** .....

.....  
Podpis osoby potwierdzającej

.....  
Pieczętka szkoły

9. Data i miejsce wypadku: .....

10. Opis okoliczności wypadku, doznanych obrażeń oraz nazwiska ewentualnych świadków:

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

Okres leczenia szpitalnego (prosimy dołączyć kopię karty informacyjnej leczenia szpitalnego):

od ..... do .....

nazwa ośrodka i adres .....

.....



**WYPEŁNIA LEKARZ PROWADZĄCY**  
(jeżeli Osoba Ubezpieczona posiada dokumenty medyczne zawierające diagnozę oraz opis przebiegu leczenia, wypełnienie pkt. 11 przez lekarza nie jest wymagane)

11. Data wypadku, diagnoza, opis przebiegu leczenia, data zakończenia leczenia

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

Data .....

Podpis i pieczęć lekarza .....

12. Czy leczenie zostało zakończone?

TAK

NIE

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

**14. Do niniejszego wniosku prosimy o dołączenie:**

- kopii pełnej dokumentacji medycznej związanej z wypadkiem (w tym kopii karty informacyjnej leczenia szpitalnego);
- kopii raportów z Policji/Prokuratury/Sądu zawierających opis okoliczności wypadku oraz wynik badania na zawartość alkoholu we krwi Osoby Ubezpieczonej (jeżeli zostały sporządzone);
- oryginałów rachunków za powypadkowe leczenie (jedynie w przypadku wybrania wariantu ubezpieczenia obejmującego zwrot kosztów powypadkowego leczenia).

15. 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 roszczenia.

.....  
miejscowość i data

.....  
imię i nazwisko rodzica/opiekuna



AIG Europe Limited Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością Oddział w Polsce

ul. Marszałkowska 111  
00-102 Warszawa

T2252851 00  
F2252852 52

**Oświadczenie AIG Europe Limited Oddział w Polsce:**

Niniejszym informujemy, że Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane przez AIG Europe Limited Oddział w Polsce z siedzibą w Warszawie przy ul. Marszałkowskiej 111 (administratora 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 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: Dyrektor Generalny AIG Europe Limited 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 Oddział w Polsce w powyższym zakresie oraz o treści ww. Globalnej Polityki Prywatności AIG.**

**Podpis:** .....

**Imię i nazwisko:** .....

**Data:** .....

[ ]\* Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich Danych Osobowych w celach marketingowych przez AIG Europe Limited 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](http://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