



AON



**Związek
Harcerstwa
Rzeczypospolitej**

ZGŁOSZENIE ROSZCZENIA – NNW

WYPEŁNIA OSOBA UBEZPIECZONA lub RODZIC/ OPIEKUN OSOBY UBEZPIECZONEJ
(jeśli Osoba Ubezpieczona nie jest pełnoletnia)

1. Nr polisy : 2. ZHR Okręg:
3. Imię i nazwisko Osoby Poszkodowanej:
4. PESEL Osoby Poszkodowanej:
5. Imię i nazwisko Rodzica/ Opiekuna Prawnego:
6. Adres do korespondencji:
7. Telefon kontaktowy: 8. Adres e-mail:

9. Data i miejsce wypadku:

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

.....

.....

.....

.....

.....

.....

11. Czy proces leczenia i rehabilitacji został zakończony ? **TAK / NIE***

12. Czy w związku z wypadkiem zostały sporządzone raporty policyjne ? **TAK / NIE***

13. Dyspozycja wypłaty :

Przyznane świadczenie proszę przekazać :

- na rachunek bankowy nr _____

Nazwa banku :

Właściciel rachunku :

- przekazem pocztowym

Imię i nazwisko:

Adres :

14. Dokumentacja roszczeniowa:

Do niniejszego wniosku prosimy o załączenie:

- kopii pełnej dokumentacji medycznej związanej z wypadkiem, w postaci: **dokumentu z udzielenia pierwszej pomocy; Karty wypisowej ze szpitala; dokumentacji z leczenia ambulatoryjnego w tym zaświadczenia o zakończeniu procesu leczenia i rehabilitacji, opisów i wyników badań;**
- **raport policji** (jeśli został sporządzony dotyczy).

Jeśli roszczenie dotyczy Śmierci Osoby Ubezpieczonej prosimy dołączyć dokumentację medyczną stwierdzającą bezpośrednią przyczynę zgonu, Raport Prokuratury, wynik sekcji zwłok (jeśli została przeprowadzona), oświadczenie o ustanowieniu Beneficjenta, odpis Aktu Małżeństwa lub odpis Aktu Urodzenia (jeśli Beneficjentem jest potomstwo lub małżonek Osoby Ubezpieczonej), potwierdzoną notarialnie kopię dowodu osobistego Beneficjenta.



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.

Jednocześnie wyrażam zgodę na przekazywanie informacji dotyczących statusu postępowania w sprawie roszczenia *ubezpieczającemu/brokerowi ubezpieczeniowemu pośredniczącemu w postępowaniu związanym z niniejszym roszczeniem, w tym przekazywanie *treści pism/decyzji związanych z moim roszczeniem.

.....
Miejscowość i data

.....
PODPIS: Imię i nazwisko

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: Agnieszka Żołędziowska-Kulig, 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 zobowiązuje 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.

[]** 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 zawartych 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 oraz podwykonawców działających na ich zlecenie.

Podpis: _____

Imię i nazwisko: _____

Data: _____

* *niepotrzebne skreślić*

** *prosimy o zaznaczenie „X” w przypadku zgody*