



AIG Europe Limited Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością Oddział w Polsce  
ul. Marszałkowska 111  
00-102 Warszawa

## FORMULARZ ZGŁOSZENIA ROSZCZENIA Z TYTUŁU UBEZPIECZENIA NASTĘPSTW ZACHOROWAŃ NA RAKA - WIKTORIA

### INSTRUKCJA POSTĘPOWANIA

1. Przed wypełnieniem formularza, prosimy o kontakt z Biurem Obsługi Klienta AIG pod numerem telefonu: 22 545 85 50, dostępnym od poniedziałku do piątku w godzinach 8.00 – 18.00 lub na adres email [szkodyaig@aig.com](mailto:szkodyaig@aig.com).
  2. Prosimy o załączenie do niniejszego formularza następujących dokumentów:
    1. kopii wyniku badania diagnostycznego
    2. kopii wyniku badania histopatologicznego
    3. kopii historii choroby związanej z zachorowaniem na raka
- Aby dokonać zgłoszenia roszczenia prosimy o przesłanie wypełnionego formularza wraz z wymaganymi dokumentami faxem na numer 22 528 52 54, e-mailem na adres [szkodyaig@aig.com](mailto:szkodyaig@aig.com) lub pocztą na adres AIG Europe Limited.

### DANE UBEZPIECZONEGO

Imię i nazwisko Ubezpieczonego:

Adres zamieszkania:

Numer telefonu/fax:

PESEL Ubezpieczonego:

Nr polisy ubezpieczenia (jeżeli jest dostępny):

Nr Umowy kredytowej:

### INFORMACJE O ROSZCZENIU

Data badania diagnostycznego:

Wynik badania histopatologicznego:

### DYSPOZYCJA WYPŁATY

Przyznane świadczenie proszę przekazać :

na rachunek bankowy nr

nazwa banku:

właściciel rachunku:

albo przekazem pocztowym na adres:

### OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że wszystkie powyższe informacje podałam/podałem zgodnie z prawdą i według najlepszej posiadanej wiedzy. W przypadku ujawnienia faktu podania nieprawdziwych informacji dotyczących roszczenia, AIG może odmówić wypłaty Świadczenia. Akceptuję fakt, iż Świadczenie będzie wypłacane w pierwszej kolejności Ubezpieczającemu do wysokości wymaganych wierzitelności Ubezpieczonego wobec Banku z tytułu Karty kredytowej, ale nie więcej niż wysokość sumy ubezpieczenia. Jeżeli suma ubezpieczenia jest większa niż wyżej wymienione wierzitelności, pozostała część Świadczenia zostanie wypłacona Ubezpieczonemu zgodnie z powyższą dyspozycją wypłaty.

Uwagi Ubezpieczonego

Miejscowość, data:

Podpis Ubezpieczonego:

## Oświadczenie AIG Europe Limited Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością Oddział w Polsce:

Niniejszym informujemy, że Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane przez AIG Europe Limited Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością Oddział w Polsce z siedzibą w Warszawie przy ul. Marszałkowskiej 111 (administratora danych) dla celów postępowania dotyczącego zgłoszonego roszczenia 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 zgłoszonego roszczenia.

Informujemy, iż zasady przetwarzania danych osobowych przez AIG Europe Limited Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością Oddział w Polsce oraz innych podmiotów z grupy AIG są zawarte w Globalnej Polityce Prywatności AIG (dostępnej w witrynie internetowej pod adresem [www.aig.com.pl/po-privacy-policy-polish](http://www.aig.com.pl/po-privacy-policy-polish) lub na żądanie skierowane do Dyrektora Generalnego, AIG Europe Limited Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością Oddział w Polsce, ul. Marszałkowska 111, 00-102 Warszawa).

## UPOWAŻNIENIE

Niniejszym upoważniam szpital, przychodnię, lekarzy prowadzących leczenie oraz każdą inną osobę fizyczną lub osobę prawną do dostarczenia AIG Europe Limited Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością Oddział w Polsce z siedzibą w Warszawie przy ul. Marszałkowskiej 111 wszystkich niezbędnych informacji dotyczących diagnozy nowotworu złośliwego będących treścią mojego zgłoszenia roszczenia.

Jednocześnie upoważniam AIG Europe Limited Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością Oddział w Polsce z siedzibą w Warszawie przy ul. Marszałkowskiej 111 do przekazywania Ubezpieczającemu, tj. Sygma Bank Polska S.A. informacji dotyczących statusu postępowania w sprawie roszczenia, jak i informacji uzyskanych w trakcie procedury likwidacji szkody, w szczególności danych personalnych oraz dotyczących stanu zdrowia. Powyższa zgoda zostaje wydana w celu zaprzestania pobierania dalszych Opłat tytułem ubezpieczenia „Wiktoria” w przypadku uznania roszczenia zgodnie z OWU.

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 Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością Oddział w Polsce w powyższym zakresie oraz o treści ww. Globalnej Polityki Prywatności AIG.

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.

.....  
Miejscowość i data

.....  
Podpis Ubezpieczonego

AIG Europe Limited Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością Oddział w Polsce, ul. Marszałkowska 111, 00-102 Warszawa, zarejestrowany w rejestrze przedsiębiorców Krajowego Rejestru Sądowego przez Sąd Rejonowy dla m.st. Warszawy w Warszawie, XII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego pod numerem KRS 0000436014, NIP 107-00-23-828, REGON 146333139, Kapitał zakładowy AIG Europe Limited wpłacony w całości 197 118 478 GBP.