

**FORMULARZ ZGŁOSZENIA SZKODY Z TYTUŁU UBEZPIECZENIA KOMFORT PLUS****DANE UBEZPIECZONEGO**

Imię i Nazwisko:

Adres do korespondencji:

Mail lub nr faksu:

Nr telefonu:

NUMER UMOWY KREDYTOWEJ LUB KARTY KTÓREJ DOTYCZY ROSZCZENIE:

□ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □

ROSZCZENIE ZGŁASZANE JEST Z TYTUŁU (prosimy o zaznaczenie):

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Nieuprawnionego użycia Karty | <input type="checkbox"/> Utraty gotówki wypłaconej przy użyciu ubezpieczonej Karty |
| <input type="checkbox"/> Kradzieży/Zniszczenia towaru zakupionego Kartą | <input type="checkbox"/> Kosztów wydania nowej Karty w miejsce utraconej |
| <input type="checkbox"/> Kradzieży Torebki/Portfela, Karty, dokumentów, kluczy lub Innej zawartości | |

Data szkody:

Wysokość roszczenia:

SZCZEGÓŁOWY OPIS OKOLICZNOŚCI ZDARZENIA:**DYSPOZYCJA WYPŁATY:**

Przyznane świadczenie proszę przekazać na rachunek bankowy nr:

□ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □

Nazwa banku:

Właściciel rachunku:

ZAŁĄCZNIKI DO FORMULARZA SZKODY z tytułu nieuprawnionego użycia Karty:

- Raport z policji potwierdzający zgłoszenie utraty Karty i dokonania nią nieuprawnionych transakcji
- Zestawienie transakcji potwierdzające obciążenie rachunku Karty kwotą wynikającą z poniesionej szkody
- Oświadczenie Ubezpieczonego o zgłoszeniu do Banku zastrzeżenia Karty

ZAŁĄCZNIKI DO FORMULARZA SZKODY z tytułu utraty gotówki:

- Raport z policji potwierdzający zgłoszenie utraty gotówki
- Zestawienie transakcji potwierdzające obciążenie rachunku Karty kwotą wynikającą z poniesionej szkody
- Zeznania świadka zdarzenia lub raport z obdukcji lekarskiej

ZAŁĄCZNIKI DO FORMULARZA SZKODY z tytułu ubezpieczenia towarów zakupionych Kartą:

- Raport policyjny potwierdzający zgłoszenie kradzieży zakupionego towaru
- Oryginał rachunku za naprawę lub oświadczenie serwisu, iż towar nie może zostać naprawiony wraz z podaniem przyczyny
- Oryginał rachunku potwierdzający zakup towaru
- Potwierdzenie dokonania płatności za towar aktywną ubezpieczoną Kartą
- Kopii zestawienia transakcji potwierdzającej obciążenie rachunku Karty kwotą wynikającą z zakupu towaru

ZAŁĄCZNIKI DO FORMULARZA SZKODY z tytułu utraty Torebki/Portfela, Karty, dokumentów i kluczy lub Innej zawartości:

- Kopia raportu policyjnego potwierdzającego zgłoszenie utraty Karty, Torebki/Portfela, dokumentów, kluczy lub Innej zawartości
- Oświadczenie Ubezpieczonego o zgłoszeniu do Banku zastrzeżenia Karty
- Kopii rachunków potwierdzających dokonanie płatności za odtworzenie dokumentów i/lub kluczy
- Kopii rachunków potwierdzających dokonanie zakupu nowej torebki/Portfela i/lub Innej zawartości w miejsce utraconych



Wypełniony formularz zgłoszenia roszczenia wraz załącznikami należy przesłać na poniższy adres:

Pol-Assistance Sp. z o.o.; ul. Marynarska 11 bud „Antares”, 02-674 Warszawa, fax nr (+48 22) 318 82 01

UPOWAŻNIENIE

Niniejszym wyrażam zgodę na udostępnienie przez Sygma Bank spółce AIG Europe Limited Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością Oddział w Polsce w Warszawie oraz Pol – Assistance Sp. z o.o. w Warszawie moich danych osobowych i informacji stanowiących tajemnicę bankową w celu wykonania przez te spółki obowiązków w związku z dochodzeniem przeze mnie roszczenia z tytułu ubezpieczenia.

.....

Miejscowość i data

.....

Imię i Nazwisko

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 („AIG”) 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 oraz innych podmiotów z grupy kapitałowej AIG są zawarte w Globalnej Polityce Prywatności AIG (dostępnej w witrynie internetowej pod adresem http://www.aig.com.pl/privacy-policy_913_376652.html lub na żądanie skierowane do: Dyrektor Generalny, AIG Europe Limited Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością 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 w powyższym zakresie oraz o treści ww. Globalnej Polityki Prywatności AIG.

]** Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich Danych Osobowych w celach marketingowych przez AIG oraz spółki z grupy kapitałowej 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: _____

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