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

Colonnade Insurance S.A., działając w imieniu AIG Europe Ltd, zarządza obecnie w Polsce umowami ubezpieczenia AIG, ich odnowieniami oraz procesem likwidacji szkód.

ZGŁOSZENIE ROSZCZENIA – NNW

INSTRUKCJA POSTĘPOWANIA

1. Przed wypełnieniem formularza, prosimy o kontakt z Biurem Obsługi Klienta pod numerem telefonu: 22 545 85 50, dostępnym od poniedziałku do piątku w godzinach 8.00 – 18.00 lub na adres email: szkody@colonnade.pl.
2. Prosimy o załączenie do niniejszego formularza następujących dokumentów:
   1. kopii pełnej dokumentacji medycznej związanej z wypadkiem,
   2. zaświadczenia o zakończeniu procesu leczenia i rehabilitacji,
   3. kopii certyfikatu/polisy ubezpieczenia,
   4. raport Policji (jeśli dotyczy).
3. Jeśli roszczenie dotyczy śmierci Osoby Ubezpieczonej prosimy dołączyć :
   1. dokumentację medyczną stwierdzającą bezpośrednią przyczynę zgonu,
   2. akt zgonu,
   3. wynik sekcji zwłok (jeśli została przeprowadzona),
   4. raport Policji,
   5. dyspozycję mianowania Beneficjentów (jeśli wcześniej nie została odesłana),
   6. potwierdzoną notarialnie kopię dowodu osobistego Beneficjenta/Beneficjentów,
   7. odpis Aktu Małżeństwa lub odpis Aktu Urodzenia (jeśli Beneficjentem jest potomstwo lub małżonek Osoby Ubezpieczonej)

   Powyższe dokumenty dotyczące roszczenia z tytułu Śmierci w wyniku NNW prosimy przesłać w oryginałach lub jako kopie potwierdzone notarialnie.
   Aby dokonać zgłoszenia roszczenia prosimy o przesłanie wypełnionego formularza wraz z wymaganymi dokumentami faxem na numer 22 528 52 54, e-mailem na adres szkody@colonnade.pl lub pocztą na adres Colonnade Insurance S.A. Oddział w Polsce, ul. Marszałkowska 111, 00-102 Warszawa.

DANE UBEZPIECZONEGO

Nr certyfikatu/polisy ubezpieczenia:
Imię i nazwisko Poszkodowanego:
Data urodzenia Poszkodowanego:
PESEL:
Adres zamieszkania:
Adres do korespondencji:
Numer telefonu do kontaktu:
Adres mailowy:

INFORMACJE O ROSZCZENIU

Data i miejsce wypadku:	
Opis wypadku i nazwiska ewentualnych świadków:	
Okres pobytu w szpitalu (całodobowo) : od..... do	
Czy w związku z wypadkiem zostały sporządzone raporty policyjne ?	TAK / NIE*
Czy proces leczenia i rehabilitacji został zakończony ?	TAK / NIE*

*Niepotrzebne skreślić

DYSPOZYCJA WYPŁATY

Przyznane świadczenie proszę przekazać :

na rachunek bankowy nr ☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐

nazwa banku:

właściciel rachunku:

albo przekazem pocztowym na adres:

Miejscowość i data	Imię i nazwisko

TREŚĆ OŚWIADCZEŃ

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 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 Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością oraz innych podmiotów z grupy AIG są zawarte w Globalnej Polityce Prywatności AIG (dostępnej w witrynie internetowej pod adresem https://www.aig.pl/polityka-prywatnosci lub na żądanie skierowane do: AIG Europe Limited Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością Oddział w Polsce, ul. Marszałkowska 111, 00-102 Warszawa).

Oświadczenia Zgłaszającego

1. Niniejszym upoważniam szpital, przychodnię, lekarzy prowadzących leczenie oraz każdą inną osobę fizyczną lub osobę prawną do dostarczenia Colonnade Insurance S.A. Oddział w Polsce wszystkich dokumentów i informacji, dotyczących okoliczności oraz następstw choroby, wypadku lub zdarzenia będącego przyczyną zgłoszenia mojego roszczenia.
2. 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.

....

miejscowość i data czytelny podpis

Dodatkowe Oświadczenia Zgłaszającego Roszczenie*

☐ Wyrażam zgodę na przesyłanie przez Colonnade Insurance Société Anonyme Oddział w Polsce dokumentów związanych z postępowaniem dotyczącym zgłoszonej szkody za pomocą środków komunikacji elektronicznej na adres e-mail podany w niniejszym formularzu.

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

** niniejsze zgody są dobrowolne. Ich udzielenie pozwoli na przyspieszenie procesu likwidacji zgłoszonej szkody.*

*** niepotrzebne skreślić*

....

miejscowość i data czytelny podpis