



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

T 22 528 51 00
F 22 528 52 52

ZGŁOSZENIE ROSZCZENIA

WYPEŁNIA OSOBA UBEZPIECZONA/OPIEKUN OSOBY UBEZPIECZONEJ

1. Nr polisy:
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 pieczęć szkoły

Nazwa szkoły:

Adres szkoły:

Nr telefonu:

Data wypełnienia:

.....
Podpis osoby potwierdzającej

.....
Pieczęć 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