



Proszę podać w tabelce dane dotyczące leczenia choroby. Proszę załączyć dokumentację medyczną.

Nazwa szpitala lub przychodni oraz nazwisko lekarza leczącego	Adres szpitala lub przychodni	Okres leczenia, data przyjęcia, data wypisu

Proszę podać w tabelce dane dotyczące wcześniejszego leczenia i obecnego stanu zdrowia (nazwa przychodni rejonowej, gabinetu prywatnego, inne)

Nazwa szpitala lub przychodni oraz nazwisko lekarza leczącego	Adres szpitala lub przychodni	Okres leczenia, data przyjęcia, data wypisu

#### IV. Dane dotyczące wypadku

(wypełnić, jeśli niezdolność do pracy/samodzielnej egzystencji związana jest z wypadkiem)

Okres niezdolności do pracy: od dnia    -    -      do dnia    -    -

Data wypadku:    -    -

Miejsce wypadku:

Przebieg, przyczyna i okoliczności zajścia zdarzenia (podać dokładnie i wyczerpująco)	
Rodzaj doznanych obrażeń	
Czy ubezpieczony w chwili wypadku był pod wpływem alkoholu, narkotyków lub innych środków odurzających?	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
Jeżeli w związku ze zdarzeniem prowadzone jest postępowanie, podać nazwę i adres jednostki policji lub prokuratury, numer sprawy.	

## V. Dyspozycja wypłaty

Proszę o przekazanie należnego świadczenia:

Przelewem na rachunek bankowy numer: \_\_\_\_\_

Przekazem pocztowym na adres: \_\_\_\_\_

Jeżeli świadczenie przekazywane jest na rachunek lub adres osoby innej niż ubezpieczony, należy wypełnić poniższe dane:

Imię i nazwisko/Nazwa: \_\_\_\_\_

Data urodzenia:   -   -     PESEL \_\_\_\_\_

Obywatelstwo/Kraj \_\_\_\_\_ Nr rejestru (dotyczy podmiotów prawnych) \_\_\_\_\_

## VI. Lista wymaganych dokumentów (kserokopie lub oryginały)

1. Dowód osobisty ubezpieczonego
2. Pełna dokumentacja z leczenia (np. ze szpitala, przychodni)
3. Orzeczenie właściwej komisji lekarskiej, prawomocny wyrok sądu lub decyzja organu rentowego, stwierdzające niezdolność do samodzielnej egzystencji
4. Zwolnienia lekarskie.
5. Zaświadczenie wydane przez ubezpieczającego (zakład pracy) potwierdzające nieobecność w pracy spowodowaną, czasową niezdolnością do pracy,  
Jeśli czasowa niezdolność do pracy/niezdolność do samodzielnej egzystencji spowodowana była wypadkiem, dodatkowo wymagane są:
6. Dokument stwierdzający stan trzeźwości w chwili zdarzenia,
7. Dokument potwierdzający zaistnienie wypadku (np. protokół policji, protokół wypadku przy pracy). W przypadku jego braku, wymagane jest podanie w formularzu informacji, przez kogo i gdzie prowadzone było dochodzenie,
8. Dokument uprawniający do kierowania danym pojazdem, np. prawo jazdy (jeśli poszkodowany w chwili wypadku prowadził pojazd).

TUnŻ „WARTA” SA zastrzega sobie prawo do żądania dodatkowej dokumentacji, która okaże się niezbędną w procesie rozpatrzenia zgłoszonego roszczenia.

TUnŻ „WARTA” SA, w przypadkach koniecznych, zastrzega sobie prawo do żądania do wglądu oryginałów dokumentów.

## VII. Oświadczenia i podpisy

1. Wyrażam zgodę na występowanie przez TUnŻ „WARTA” S.A. z siedzibą w Warszawie przy ul. Chmielnej 85/87 zwane dalej TUnŻ „WARTA” S.A. do podmiotów udzielających świadczeń zdrowotnych o udzielenie informacji dotyczących mojego stanu zdrowia i udostępnienie dokumentacji medycznej związanej z moim leczeniem, w celu i w zakresie potrzebnym dla oceny ryzyka ubezpieczeniowego oraz realizacji umowy ubezpieczenia zawartej na podstawie niniejszego wniosku (w tym ustalenie przyczyn śmierci, prawa do świadczenia i jego wysokości).
2. Jednocześnie wyrażam zgodę na udostępnienie TUnŻ „WARTA” S.A. moich danych osobowych, danych o stanie zdrowia przetwarzanych przez każdego innego ubezpieczyciela, w celu i w zakresie potrzebnym dla oceny ryzyka ubezpieczeniowego oraz realizacji umowy ubezpieczenia zawartej na podstawie niniejszego wniosku (w tym ustalenia przyczyn śmierci, prawa do świadczenia i jego wysokości).
3. Wyrażam również zgodę na przetwarzanie przez TUnŻ „WARTA” S.A., moich danych o stanie zdrowia oraz nałogach w zakresie niezbędnym do celów związanych z zawarciem i wykonaniem umowy ubezpieczenia oraz na ich przekazywanie podmiotom prowadzącym działalność reasekuracyjną na rzecz TUnŻ „WARTA” S.A., w tym za granicę.
4. Podanie danych jest dobrowolne. Oświadczam, że zostałem/am poinformowany/a przez TUnŻ „WARTA” S.A. z siedzibą w Warszawie przy ul. Chmielnej 85/87 będące administratorem danych o prawie dostępu do treści oraz poprawiania swoich danych osobowych, przetwarzanych w celach ubezpieczeniowych, statutowych, marketingowych - aktualnie i w przyszłości oraz w celu realizacji obowiązków wynikających z innych przepisów prawa.
5. Oświadczam, że wszystkie dane zawarte w niniejszym wniosku są kompletne i zgodne z moją najlepszą wiedzą. W przypadku zatajenia lub podania nieprawdziwych informacji Towarzystwo może odmówić wypłaty świadczenia, na zasadach określonych w ogólnych warunkach ubezpieczenia i Kodeksie Cywilnym.
6. Wyrażam zgodę na prowadzenie ze mną korespondencji w sprawie złożonego wniosku o wypłatę świadczenia za pośrednictwem podanego przeze mnie adresu e-mail.

\_\_\_\_\_  
Miejscowość

-   -      
Data

\_\_\_\_\_  
Podpis ubezpieczonego\*

\* W przypadku, gdy wniosek o wypłatę świadczenia składany jest przez osobę inną niż ubezpieczony, należy dodatkowo wypełnić formularz SWN-15.

WYPEŁNIA ZAKŁAD PRACY (dotyczy ubezpieczenia grupowego)

Nazwa pracodawcy/  
ubezpieczającego

Imię i nazwisko pracownika

Data zatrudnienia pracownika

Data przystąpienia ubezpieczonego do ubezpieczenia

Data przekazania pierwszej składki za ubezpieczonego

Data zapłacenia składki za okres w którym zaszło zdarzenie

Data rozwiązania umowy o pracę z pracownikiem

Pieczętka i podpis osoby upoważnionej  
w zakładzie pracy