

Czy w przeszłości cierpiał Pan/i (współubezpieczony) lub był/a Pan/i (współubezpieczony) leczony/a z powodu podobnego zachorowania?	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
	Proszę podać szczegóły:	

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

V. Dane dotyczące wypadku

(wypełnić, jeżeli inwalidztwo powstało wskutek wypadku)

Data wypadku: - -

Miejsce wypadku:

Data wydania orzeczenia o inwalidztwie: - -

Przebieg, przyczyna i okoliczności zajścia zdarzenia (podać dokładnie i wyczerpująco)	
Rodzaj doznanych obrażeń	
Czy ubezpieczony (współubezpieczony) 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.	

VI. Dyspozycja wypłaty

Proszę o przekazanie należnego świadczenia:

Przelewem na rachunek bankowy numer: _____

Przekazem pocztowym na adres: _____

Dane od strony transakcji (innej niż uprawniony) jeżeli świadczenie przekazywane jest na rachunek lub adres osoby innej niż uprawniony, należy wypełnić poniższe dane:

Imię i nazwisko/Nazwa: _____

Adres (ulica, numery, miejscowość, kraj): _____

VII. Lista wymaganych dokumentów (kserokopie lub oryginały)

1. Dowód osobisty ubezpieczonego,
2. Odpis aktu małżeństwa i oświadczenie o trwaniu związku małżeńskiego (w przypadku, gdy zdarzenie dotyczy małżonka),
3. Dowód osobisty partnera (w przypadku, gdy zdarzenie dotyczy partnera),
4. Akt urodzenia dziecka lub dowód osobisty dziecka (w przypadku, gdy zdarzenie dotyczy dziecka),
5. Pełna dokumentacja z leczenia,
6. Orzeczenie Komisji ZUS lub Komisji ds. Orzekania o Stopniu Niepełnosprawności, jeśli były wydane.

Jeśli inwalidztwo spowodowane było wypadkiem, dodatkowo wymagane są:

7. Dokument stwierdzający stan trzeźwości w chwili zdarzenia,
8. 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,
9. 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 niezbędna w procesie rozpatrzenia zgłoszonego roszczenia.

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

VIII. Oświadczenia i podpisy

1. Wyrażam zgodę na występowanie przez Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie „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/stanu zdrowia dziecka i udostępnienie dokumentacji medycznej związanej z moim leczeniem/leczeniem dziecka, w celu i w zakresie potrzebnym dla realizacji umowy/umów ubezpieczenia zawartych na podstawie wcześniej złożonej/złożonych deklaracji/wniosków, której/których uzupełnienie stanowi niniejsze oświadczenie (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 osobowych dziecka, w tym danych o stanie zdrowia przetwarzanych przez każdego innego ubezpieczyciela, w celu i w zakresie potrzebnym dla realizacji umowy/umów ubezpieczenia zawartych na podstawie wcześniej złożonej/złożonych deklaracji/wniosków, której/których uzupełnienie stanowi niniejsze oświadczenie (w tym ustalenie przyczyn śmierci, prawa do świadczenia i jego wysokości).
3. Wyrażam również zgodę na przetwarzanie przez TUnŻ „WARTA” S.A. moich danych o stanie zdrowia/danych o stanie zdrowia dziecka oraz nałogach w zakresie niezbędnym do celów związanych z wykonaniem umowy ubezpieczenia oraz przekazywanie moich danych osobowych/danych osobowych dziecka podmiotom prowadzącym działalność reasekuracyjną na rzecz TUnŻ „WARTA”, w tym przekazywanie danych za granicę.
4. Podanie danych jest dobrowolne. Oświadczam, że zostałem/am poinformowany/a przez TUnŻ „WARTA” S.A., 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.

D	D	-	M	M	-	R	R	R	R
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

Miejscowość Data Podpis współubezpieczonego*

* W przypadku, gdy wypełniono część III, oświadczenie podpisuje współubezpieczony (powyżej) oraz ubezpieczony (poniżej). Jeżeli współubezpieczonym jest małoletnie dziecko, oświadczenie podpisuje wyłącznie ubezpieczony (poniżej).

D	D	-	M	M	-	R	R	R	R
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

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