

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

V. Dane dotyczące wypadku

(wypełnić, jeśli pobyt w szpitalu związany był z wypadkiem)

Okres pobytu w szpitalu: od dnia - - do dnia - -

W tym na oddziale intensywnej opieki medycznej - OIOM (wypełnić tylko w przypadku jeżeli umowa ubezpieczenia
obejmuje ryzyko pobytu na OIOM):

od dnia - - do dnia - -

Data pierwszej konsultacji lekarskiej
związanej z wypadkiem: - -

Data wypadku: - -

Miejsce wypadku:

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
Czy w związku ze zdarzeniem prowadzone jest postępowanie, przez policję, prokuraturę. Czy został sporządzony protokół powypadkowy?	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE

Jeżeli w związku ze zdarzeniem prowadzone jest postępowanie, proszę podać nazwę i adres jednostki policji lub prokuratury, numer sprawy. Jeżeli został sporządzony protokół powypadkowy prosimy o jego załączenie do wniosku.

VI. Dyspozycja wypłaty

Proszę o przekazanie należnego świadczenia:

Przelewem na rachunek bankowy numer: _____

Przekazaniem 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. Karta informacyjna leczenia szpitalnego oraz pełna dokumentacja z leczenia (w przypadku pobytu na OIOM, karta informacyjna leczenia szpitalnego uwzględniająca okres pobytu na OIOM z datą przyjęcia i wypisu)

Jeśli pobyt w szpitalu spowodowany był wypadkiem, dodatkowo wymagane są:

6. Dokument stwierdzający stan trzeźwości w chwili zdarzenia,
7. Protokół powypadkowy BHP lub protokół powypadkowy z opisem zdarzenia lub protokół powypadkowy z policji (okoliczności zdarzenia, stan trzeźwości, prawo jazdy)

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/danych 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 | D | D | - | M | M | - | R | R | R | R |

Data przystąpienia ubezpieczonego do ubezpieczenia | D | D | - | M | M | - | R | R | R | R |

Data przekazania pierwszej składki za ubezpieczonego | D | D | - | M | M | - | R | R | R | R |

Data zapłacenia składki za okres w którym zaszło zdarzenie | D | D | - | M | M | - | R | R | R | R |

Data rozwiązania umowy o pracę z pracownikiem | D | D | - | M | M | - | R | R | R | R |

Pieczęćka i podpis osoby upoważnionej
w zakładzie pracy