

Czy w przeszłości cierpiał Pan/i lub był/a Pan/i 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

IV. 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):

V. 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. Dokumentacja medyczna potwierdzająca zastosowanie leczenia specjalistycznego
4. Karta informacyjna leczenia szpitalnego

Jeżeli zdarzenie spowodowane było wypadkiem, dodatkowo wymagane są:

5. 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 niezbędną w procesie rozpatrzenia zgłoszonego roszczenia.

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

