



**WYPEŁNIA UBEZPIECZONY ALBO WSPÓLUBEZPIECZONY  
(OSOBA, KTÓRA PRZEBYWAŁA W SZPITALU)**

### III. Dane dotyczące choroby

*(wypełnić, jeśli pobyt w szpitalu związany był z chorobą)*

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

Okres na jaki szpital wystawił zwolnienie lekarskie: od dnia    -    -      do dnia    -    -

Data pierwszej konsultacji związanej z zachorowaniem:    -    -

Data rozpoznania choroby:    -    -

Nazwa choroby:

Data wydania skierowania do sanatorium    -    -

Data pobytu w sanatorium: od dnia    -    -      do dnia    -    -

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

**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. Dane dotyczące wypadku

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

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

Okres na jaki szpital wystawił zwolnienie lekarskie: od dnia    -    -      do dnia    -    -

Data pierwszej konsultacji lekarskiej związanej z wypadkiem:    -    -

Data wypadku:    -    -

Miejsce wypadku:

Data wydania skierowania do sanatorium    -    -

Data pobytu w sanatorium: od dnia    -    -      do dnia    -    -

Przebieg, przyczyna i okoliczności zajścia zdarzenia (podać dokładnie i wyczerpująco)	
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
Rodzaj doznanych obrażeń	

#### V. 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): \_\_\_\_\_

#### VI. 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. Karta informacyjna leczenia szpitalnego oraz pełna dokumentacja z leczenia (w przypadku pobytu w sanatorium - skierowanie wydane przez uprawnionego lekarza zatwierdzone przez uprawniony organ)
  5. Zwolnienie lekarskie wydane przez szpital potwierdzone za zgodność z oryginałem przez Ubezpieczającego lub zaświadczenie wydane przez Ubezpieczającego o pobieranym zasiłku chorobowym w związku z pobytem Ubezpieczonego na zwolnieniu lekarskim wydanym przez szpital (w przypadku L4 po hospitalizacji)
- 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.

## VII. 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 i udostępnienie dokumentacji medycznej związanej z moim leczeniem, 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, 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 oraz nałogach w zakresie niezbędnym do celów związanych z wykonaniem umowy ubezpieczenia oraz przekazywanie moich danych osobowych 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., będąc 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

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

Data

\_\_\_\_\_

Podpis małżonka/partnera\*

\* W przypadku, gdy wypełniono część IIa oświadczenie podpisuje małżonek/partner (powyżej) oraz ubezpieczony (poniżej).

\_\_\_\_\_

Miejscowość

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

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 |

\_\_\_\_\_  
Pieczętka i podpis osoby upoważnionej  
w zakładzie pracy