



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. Karta informacyjna leczenia szpitalnego potwierdzająca pobyt w szpitalu/pobyt na OIOM/OIOK/OIT z datą przyjęcia i wypisu.

Dodatkowe dokumenty:

1. Karta informacyjna leczenia szpitalnego zawierająca potwierdzenie ciąży wysokiego ryzyka, a w przypadku braku takiej informacji zaświadczenie od lekarza prowadzącego lub kartę ciąży o przebiegu ciąży – dla ryzyka pobytu w szpitalu spowodowanego ciążą wysokiego ryzyka.
2. Karta informacyjna leczenia szpitalnego uwzględniająca okres pobytu na OIOM/OIOK/OIT z datą przyjęcia i wypisu - dla ryzyka pobytu na OIOM.
3. Jeśli zdarzenie dotyczy małżonka – odpis skrócony aktu małżeństwa lub dwie strony dowodu osobistego małżonka.
4. Jeśli zdarzenie dotyczy partnera – dwie strony dowodu osobistego partnera.
5. Jeśli zdarzenie dotyczy dziecka – odpis skrócony aktu urodzenia dziecka lub dwie strony dowodu osobistego dziecka.
6. W przypadku braku możliwości ustalenia stopnia pokrewieństwa, konieczne są dodatkowe dokumenty np. odpis skrócony aktu małżeństwa, odpis skrócony aktu urodzenia, w zależności od sytuacji.
7. W przypadku wypadku, wypadku przy pracy i wypadku w trakcie prowadzenia pojazdu:
  - a) dokument potwierdzający fakt zaistnienia wypadku oraz stan trzeźwości osoby, której dotyczy roszczenie (np. protokół policji, prokuratury, protokół wypadku przy pracy, a gdy brak jest takiego dokumentu wymagane jest podanie informacji przez kogo i gdzie prowadzone było dochodzenie np. na formularzu wniosku o wypłatę świadczenia).
  - b) dokument uprawniający do kierowania danym pojazdem np. prawo jazdy – jeżeli do wypadku doszło w trakcie prowadzenia pojazdu
  - c) dokumenty dopuszczające pojazd do ruchu np. dowód rejestracyjny pojazdu z wpisem badania technicznego – w przypadku, gdy z okoliczności zdarzenia wynika, że do wypadku doszło z powodu niesprawności pojazdu.

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.

\_\_\_\_\_   -   -     \_\_\_\_\_  
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).

\_\_\_\_\_   -   -     \_\_\_\_\_  
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