

Rodzaj doznanego uszczerbku	
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.	
Czy leczenie jest zakończone (z uwzględnieniem rehabilitacji)?	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE

Data zakończenia leczenia i rehabilitacji:

- -

IV. Dyspozycja wypłaty

Proszę o przekazanie należnego świadczenia:

Przelewem na rachunek bankowy numer:

Przekazaniem pocztowym na adres:

Dane od strony transakcji (inne 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. Dokument potwierdzający udzielenie pierwszej pomocy lekarskiej zaraz po wypadku wraz z rozpoznaniem doznanego urazu np. karta informacyjna z pogotowia ratunkowego, historia choroby ze szpitala.

Dodatkowe dokumenty:

1. Dodatkowa dokumentacja lekarska z późniejszego leczenia lub informacje, gdzie było prowadzone leczenie.
2. Dokumentacja medyczna dotycząca leczenia zawału serca lub udaru mózgu – w przypadku powstania trwałego uszczerbku na zdrowiu spowodowanego tymi zdarzeniami.
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. W przypadku braku możliwości ustalenia stopnia pokrewieństwa, konieczne są dodatkowe dokumenty np. odpis skrócony aktu małżeństwa, odpis skrócony aktu urodzenia, w zależności od sytuacji.
6. 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.

TUŃ „WARTA” SA zastrzega sobie prawo do żądania dodatkowej dokumentacji, która okaże się niezbędna w procesie rozpatrzenia zgłoszonego roszczenia.

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

VI. 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 TUŃ „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 TUŃ „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 TUŃ „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 TUŃ „WARTA”, w tym przekazywanie danych za granicę.
4. Podanie danych jest dobrowolne. Oświadczam, że zostałem/am poinformowany/a przez TUŃ „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. Przyjmuję do wiadomości, że:
 - opinia Komisji Lekarskiej zostanie wydana po zakończeniu leczenia, okresie rehabilitacji
 - rozpatrzenie roszczenia nastąpi po wydaniu opinii Komisji Lekarskiej.
6. 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.
7. 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 małżonka/partnera*

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

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

Miejscowość Data Podpis uprawnionego**

** 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

