

Data i pieczęć jednostki/numer, imię i nazwisko agenta
TUnŻ „WARTA” S.A. przyjmującego wniosek

WNIOSEK O WYPŁATĘ ŚWIADCZENIA Z TYTUŁU WYSTĄPIENIA POWAŻNEGO ZACHOROWANIA/ ŚMIERTELNEJ CHOROBY

WYPEŁNIA UBEZPIECZONY

Numer Świadczenia

I. Dane ubezpieczonego

Seria polisy Numer polisy

Nazwisko ubezpieczonego:

Imię ubezpieczonego:

Data urodzenia: - - Obywatelstwo

Seria i nr dokumentu tożsamości PESEL

Adres do korespondencji Kraj

Ulica Nr domu Nr lokalu

Kod pocztowy - Miejscowość

Adres e-mail Nr telefonu kontaktowego

(Uwaga: podanie adresu e-mail przyspieszy ewentualną korespondencję w sprawie wniosku)

II. Wnioskuje o wypłatę świadczenia z tytułu wystąpienia:

poważnego zachorowania:
 Ubezpieczonego
 śmiertelnej choroby u Ubezpieczonego

Małżonka

Partnera

Dziecka

III. Dane współubezpieczonego (małżonka/partnera/dziecka)

(wypełnić, jeżeli choroba wystąpiła u współubezpieczonego, tj. małżonka, partnera, dziecka)

Nazwisko współubezpieczonego:

Imię współubezpieczonego:

Data urodzenia: - -

PESEL

IV. Dane dotyczące choroby

Data pierwszej konsultacji związanej z zachorowaniem: - -

Data rozpoznania choroby: - -

Nazwa choroby:

TAK NIE

Proszę podać szczegóły:

Czy w przeszłości cierpiał
Pan/Pani/współubezpieczony lub był/a
Pan/Pani/współubezpieczony leczony/a
z powodu podobnego zachorowania?

V. Dane dotyczące leczenia choroby

Proszę podać w tabelce dane dotyczące leczenia choroby. Proszę załączyć dokumentację medyczną.

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

VI. 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): _____

VII. Lista wymaganych dokumentów (kserokopie lub oryginały)

1. Dokumentacja lekarska związana z leczeniem i rozpoznaniem poważnego zachorowania/śmiertelnej choroby.
2. Wyniki badań potwierdzających wystąpienie poważnego zachorowania i inne dokumenty określone w definicjach poszczególnych rodzajów poważnych zachorowań zawarte w umowie ubezpieczenia np. wynik badania histopatologicznego w przypadku nowotworu.

Dodatkowe dokumenty:

1. Jeśli zdarzenie dotyczy małżonka – odpis skrócony aktu małżeństwa lub dwie strony dowodu osobistego małżonka.
2. Jeśli zdarzenie dotyczy partnera – dwie strony dowodu osobistego partnera.
3. Jeśli zdarzenie dotyczy dziecka – odpis skrócony aktu urodzenia dziecka lub dwie strony dowodu osobistego dziecka.
4. W przypadku braku możliwości ustalenia stopnia pokrewieństwa, konieczne są dodatkowe dokumenty np. odpis skrócony aktu małżeństwa, odpis skrócony aktu urodzenia, w zależności od sytuacji.
5. 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/ z 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 osobowych/danych osobowych 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 formularza, 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
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

Pieczętka i podpis osoby upoważnionej
w zakładzie pracy

