



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

WNIOSEK O WYPŁATĘ ŚWIADCZENIA

Wypełnia Ubezpieczyciel

Nr wniosku		Zdarzenie	
Nr wniosku		Zdarzenie	
Nr wniosku		Zdarzenie	

Nr wniosku		Zdarzenie	
Nr wniosku		Zdarzenie	
Nr wniosku		Zdarzenie	

Wypełnia Ubezpieczony/Uprawniony

Nr polisy	
-----------	--

Zdarzenie dotyczy

Ubezpieczonego Małżonka Dziecka Rodzica Rodzica Małżonka

Rodzaj zdarzenia ubezpieczeniowego

Zgon naturalny

Zgon w następstwie wypadku

Zgon w następstwie zawału serca lub udaru mózgu

Osierocenie dziecka przez Ubezpieczonego

Uszczerbek na zdrowiu w następstwie wypadku

Urodzenie się Dziecka

Poważne zachorowanie

Przeprowadzenie operacji

Pobyt na OIOM

Rekonwalescencja

Pobyt w sanatorium

Hospitalizacja w następstwie:
 choroby wypadku

Czasowa niezdolność do pracy w następstwie wypadku przy pracy

Inne

Dane osoby zgłaszającej roszczenie (ubezpieczonego/uprawnionego)																																	
Imię/Imiona																																	
Nazwisko																																	
PESEL																																	
Seria i numer dokumentu tożsamości																																	
Obywatelstwo																																	
Adres email																																	
Nr telefonu kontaktowego																																	
<i>Uwaga: podanie adresu e-mail i telefonu przyspieszy ewentualną korespondencję w sprawie wniosku</i>																																	
Adres do korespondencji																																	
Ulica																																	
Nr domu										Nr mieszkania																		Kod pocztowy			-		
Poczta																																	
Kraj																																	
Dane osoby, której dotyczy zdarzenie (ubezpieczonego, małżonka, dziecka, rodzica, rodzica małżonka)																																	
Imię/Imiona																																	
Nazwisko																																	
PESEL																																	
Dane zdarzenia																																	
Data urodzenia/zgonu				-																							Przyczyna zgonu						
Data zdiagnozowania poważnego zachorowania						-																											
Okres pobytu w szpitalu	od:			-										do:			-																
Okres pobytu w szpitalu	od:			-										do:			-																
Okres pobytu w szpitalu	od:			-										do:			-																
Okres czasowej niezdolności do pracy	od:			-										do:			-																
Data przyjęcia na OIOM				-										Data przeprowadzenia operacji			-																
Data powstania niezdolności				-																													
Data wypadku				-										Miejsce wypadku																			
Data zakończenia leczenia i rehabilitacji						-																											

Opis zdarzenia – przyczyna, okoliczności, przebieg wypadku (w przypadku braku miejsca prosimy uzupełnić opis na dodatkowej kartce, potwierdzając datą i podpisem).

Dane lekarza/y lub placówki/ek medycznej/ych, którzy udzielili pierwszej pomocy medycznej bezpośrednio po wypadku i leczyli w późniejszym okresie .

Imię i nazwisko lekarza, dane placówki, adres

Daty leczenia, konsultacji

Czy w związku ze zdarzeniem prowadzone jest/było postępowanie Policji lub Prokuratury?

TAK

Nazwa i adres policji, prokuratury, numer sprawy

NIE

Dyspozycja wypłaty

Przekazem pocztowym na adres

Na konto w banku

Nr rachunku bankowego

Jeśli świadczenie przekazywane jest na rachunek lub adres osoby innej niż ubezpieczony/uprawniony, należy wypełnić poniższe dane

Imię/Imiona

Nazwisko

PESEL

Obywatelstwo

Wymagane dokumenty

Do wniosku należy dołączyć dokumenty wymagane, określone w ogólnych warunkach ubezpieczenia lub umowie ubezpieczenia.

TUnŻ „WARTA” SA zastrzega sobie prawo 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.

Oświadczenia

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. 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 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. 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. Wyrażam zgodę na prowadzenie ze mną korespondencji w sprawie złożonego wniosku o wypłatę świadczenia za pośrednictwem podanego przeze mnie adresu e-mail.

Oświadczam, że wszystkie dane zawarte w niniejszym wniosku są kompletne i zgodne z moją najlepszą wiedzą.

Miejscowość, data

Podpis ubezpieczonego/uprawnionego

Podpis małżonka/pełnoletniego dziecka

W przypadku, gdy wniosek o wypłatę świadczenia składa osoba inna niż ubezpieczony/uprawniony, należy dodatkowo wypełnić formularz SWN-15

Dane pracodawcy/ubezpieczającego – wypełnia pracodawca/ubezpieczający

Nazwa lub pieczęć
firmowa zakładu
pracy/ubezpieczającego

Imię pracownika

Nazwisko pracownika

Data zatrudnienia pracownika

Data przystąpienia ubezpieczonego
do ubezpieczenia

Data początku ubezpieczenia dla
grupy

Data rozwiązania umowy o pracę z
pracownikiem (o ile dotyczy)

Miejscowość, data

Pieczęć i odpis osoby reprezentującej pracodawcę