warta.

Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie "WARTA" S.A.

Data i pieczęć jednostki/agenta TUnŻ „WARTA" S.A. przyjmującego wniosek

# WNIOSEK O WYPŁATĘ ŚWIADCZENIA Z TYTUŁU POBYTU W SZPITALU

Numer Świadczenia

WYPEŁNIA UBEZPIECZONY

## I. Dane ubezpieczonego

Seria polisy ____ Numer polisy _____

Nazwisko ubezpieczonego: _____

Imię ubezpieczonego: _____

Data urodzenia: DD – MM – RRRR Obywatelstwo _____

Seria i nr dokumentu tożsamości _____ PESEL _____

Adres do korespondencji Kod pocztowy ___ – ___ Poczta _____

Ulica _____ Nr domu ____ Nr lokalu ____

Miejscowość _____ Nr telefonu _____

Adres e-mail _____

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

## II. Wniosek dotyczy pobytu w szpitalu:

☐ Ubezpieczonego ☐ Małżonka ☐ Partnera ☐ Dziecka

Wnioskuję o wypłatę świadczenia z tytułu:

☐ Pobytu w szpitalu w związku z chorobą

☐ Pobytu w szpitalu w związku z wypadkiem

## III. Dane współubezpieczonego (małżonka, partnera, dziecka)

*(wypełnić, jeżeli wniosek dotyczy pobytu w szpitalu współubezpieczonego tj. małżonka, partnera, dziecka))*

Nazwisko współubezpieczonego: _____

Imię współubezpieczonego: _____

Data urodzenia: DD – MM – RRRR

PESEL _____

WYPEŁNIA UBEZPIECZONY ALBO PEŁNOLETNI WSPÓŁUBEZPIECZONY (OSOBA, KTÓRA PRZEBYWAŁA W SZPITALU)

## IV. Dane dotyczące choroby

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

Okres pobytu w szpitalu: od dnia DD – MM – RRRR do dnia DD – MM – RRRR

W tym na oddziale intensywnej opieki medycznej - OIOM (wypełnić tylko w przypadku jeżeli umowa ubezpieczenia obejmuje ryzyko pobytu na OIOM):

od dnia DD – MM – RRRR do dnia DD – MM – RRRR

Data pierwszej konsultacji związanej z zachorowaniem: DD – MM – RRRR

Data rozpoznania choroby: DD – MM – RRRR

Nazwa choroby: _____

| | |
|---|---|
| Czy w przeszłości cierpiał Pan(i) / współubezpieczony lub był/a Pan(i) / współubezpieczony leczony/a z powodu podobnego zachorowania? | ☐ TAK ☐ NIE<br>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 D D – M M – R R R R do dnia D D – M M – R R R R

**W tym na oddziale intensywnej opieki medycznej - OIOM (wypełnić tylko w przypadku jeżeli umowa ubezpieczenia obejmuje ryzyko pobytu na OIOM):**

od dnia D D – M M – R R R R do dnia D D – M M – R R R R

**Data pierwszej konsultacji lekarskiej związanej z wypadkiem:** D D – M M – R R R R

**Data wypadku:** D D – M M – R R R R

**Miejsce wypadku:** _____

| | |
|---|---|
| Przebieg i okoliczności zajścia zdarzenia<br>*(podać dokładnie i wyczerpująco)* | |
| Rodzaj doznanych obrażeń | |
| Czy ubezpieczony (współubezpieczony) w chwili wypadku był pod wpływem alkoholu, narkotyków lub innych środków odurzających? | ☐ TAK ☐ NIE |
| Czy w związku ze zdarzeniem prowadzone jest postępowanie, przez policję, prokuraturę. Czy został sporządzony protokół powypadkowy? | ☐ TAK ☐ 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: _____

☐ Przekazem pocztowym na adres: .....

.....

Jeżeli świadczenie przekazywane jest na rachunek lub adres osoby innej niż ubezpieczony, należy wypełnić poniższe dane:

Imię i nazwisko/Nazwa: _____

Data urodzenia: D D – M M – R R R R

PESEL _____

Obywatelstwo/Kraj _____

Nr rejestru (dotyczy podmiotów prawnych) _____

## VII. 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. Akt urodzenia dziecka lub dowód osobisty dziecka (w przypadku, gdy zdarzenie dotyczy dziecka),
5. Karta informacyjna leczenia szpitalnego oraz pełna dokumentacja z leczenia

Jeśli pobyt w szpitalu spowodowany był wypadkiem, dodatkowo wymagane są:

6. Dokument stwierdzający stan trzeźwości w chwili zdarzenia,
7. Dokument potwierdzający zaistnienie wypadku (np. protokół policji, protokół wypadku przy pracy). W przypadku jego braku, wymagane jest podanie w formularzu informacji, przez kogo i gdzie prowadzone było dochodzenie,
8. Dokument uprawniający do kierowania danym pojazdem, np. prawo jazdy (jeśli poszkodowany w chwili wypadku prowadził pojazd).

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.
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* |
|---|---|---|
| | D D – M M – R R R R | |

* 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** |
|---|---|---|
| | D D – M M – R R R R | |

** 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 zakładu pracy | |
| 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 przekazania ostatniej składki za ubezpieczonego | D D – M M – R R R R |
| Data rozwiązania umowy o pracę z pracownikiem | D D – M M – R R R R |

*Pieczątka i podpis osoby upoważnionej w zakładzie pracy*