

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 (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):

V. 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. Pełna dokumentacja z leczenia (np. ze szpitala, przychodni),
5. Zaświadczenie od lekarza prowadzącego o zakończeniu leczenia i rehabilitacji lub wpis w dokumentacji medycznej.
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, Jeżeli w chwili wypadku ubezpieczony/małżonek/partner prowadził pojazd, potrzebne są dodatkowo:
8. Dokumenty uprawniające do kierowania danym pojazdem np. prawo jazdy.

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/wnioseków, 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/wnioseków, 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 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. 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

