

WNIOSEK O WYPŁATĘ ŚWIADCZENIA Z TYTUŁU POWSTANIA USZCZERBKU NA ZDROWIU W WYNIKU WYPADKU U DZIECKA UBEZPIECZONEGO

Numer Świadczenia

WYPEŁNIA UPRAWNIIONY

I. Dane ubezpieczonego

Serial polisy	<input type="text"/>	Numer polisy	<input type="text"/>			
Nazwisko ubezpieczonego:	<input type="text"/>					
Imię ubezpieczonego:	<input type="text"/>					
Data urodzenia:	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>	Obywatelstwo	<input type="text"/>	
Serial i nr dokumentu tożsamości	<input type="text"/>	PESEL	<input type="text"/>			
Adres do korespondencji	Kod pocztowy	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>	Poczta	<input type="text"/>
Ulica	<input type="text"/>	Nr domu	<input type="text"/>	Nr lokalu	<input type="text"/>	
Miejscowość	<input type="text"/>	Nr telefonu kontaktowego	<input type="text"/>			
Adres e-mail	<input type="text"/>	Kraj	<input type="text"/>			

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

II. Dane dziecka

Nazwisko:	<input type="text"/>
Imię:	<input type="text"/>
Data urodzenia:	<input type="text"/>

III. Dane dotyczące wypadku

Data wypadku:	<input type="text"/>
Miejsce wypadku:	<input type="text"/>

Przebieg, przyczyna i okoliczności zajścia zdarzenia
(podać dokładnie i wyczerpująco)

Rodzaj doznanego urazu	<input type="checkbox"/> złamanie kości w obrębie czaszki <input type="checkbox"/> uraz głowy powikłany wstrząśnieniem mózgu <input type="checkbox"/> uraz głowy z raną/ranami wymagającą/wymagającymi opracowania chirurgicznego <input type="checkbox"/> skręcenie/zwichnięcie kończyny dolnej (z wyłączeniem palców) <input type="checkbox"/> złamanie kończyny dolnej (z wyłączeniem palców) <input type="checkbox"/> skręcenie/zwichnięcie kończyny górnej (z wyłączeniem palców) <input type="checkbox"/> złamanie kończyny górnej (z wyłączeniem palców) <input type="checkbox"/> złamanie kości w obrębie kręgosłupa <input type="checkbox"/> złamanie kości innej niż kości kończyny i kręgosłupa <input type="checkbox"/> złamanie/skręcenie/zwichnięcie palca/palców (niezależnie od liczby) <input type="checkbox"/> złamanie nosa <input type="checkbox"/> złamanie zęba/zębów (niezależnie od liczby) <input type="checkbox"/> poparzenie bez względu na obszar, z wyłączeniem oparzeń I stopnia <input type="checkbox"/> pogryzienie przez ssaki <input type="checkbox"/> utrata narządu lub funkcji narządu <p style="text-align: right;"><small>(proszę podać jakiego narządu dotyczy uraz)</small></p>
Czy dziecko w chwili wypadku było 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/rehabilitacji:

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

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. Akt urodzenia dziecka lub dowód osobisty,
3. Dokument potwierdzający zaistnienie wypadku (np. protokół wypadku z policji). W przypadku jego braku, wymagane jest podanie w formularzu informacji, przez kogo i gdzie prowadzone było dochodzenie),
4. Pełna dokumentacja z leczenia (np. ze szpitala, przychodni),
5. Dokument stwierdzający stan trzeźwości w chwili zdarzenia,
6. Dokument uprawniający do kierowania danym pojazdem, np. prawo jazdy.

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.

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 TUnŻ „WARTA” S.A. do podmiotów udzielających świadczeń zdrowotnych o udzielenie informacji dotyczących stanu zdrowia dziecka i udostępnienie dokumentacji medycznej związanej z jego 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 TUnŻ „WARTA” S.A. 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 zgodę na poddanie dziecka badaniu przez lekarzy wskazanych przez ubezpieczyciela lub obserwacji klinicznej na zlecenie ubezpieczyciela.
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:
- stopień uszczerbku na zdrowiu dziecka ustalony zostanie po zakończeniu leczenia, okresie rehabilitacji.
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 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

