



Towarzystwo Ubezpieczeń
na Życie S.A.

Data i pieczęć jednostki/agenta
TUŹ „WARTA” S.A. przyjmującego wniosek

WNIOSEK O WYPŁATĘ ŚWIADCZENIA Z TYTUŁU WYSTĄPIENIA POWAŻNEGO ZACHOROWANIA

WYPEŁNIA UPRAWNIONY

Numer Świadczenia

Symbol Świadczenia

I. Wnioskuję o wypłatę świadczenia z tytułu wystąpienia poważnego zachorowania:

1 ☐ u Ubezpieczonego

2 ☐ u Współubezpieczonego (małżonka, dziecka)

II. Dane ubezpieczonego

Seria polisy Numer polisy
Nazwisko:
Imię:
Seria i numer dokumentu tożsamości
Data urodzenia: - - PESEL
Obywatelstwo
Adres do korespondencji Kod pocztowy - Poczta
Ulica Nr domu Nr lokalu
Miejscowość Nr telefonu

III. Dane współubezpieczonego (małżonka, dziecka)

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

Nazwisko współubezpieczonego:
Imię współubezpieczonego:
Data urodzenia: - - PESEL
Adres do korespondencji Kod pocztowy - Poczta
Ulica Nr domu Nr lokalu
Miejscowość Nr telefonu

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 lub
był/a Pan/i 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:

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 | | | | | | | | | |

[illegible]

VII. Załączniki

☐ Dokumentacja lekarska związana z leczeniem poważnego zachorowania

☐ Odpis aktu urodzenia dziecka lub odpis aktu małżeństwa (jeżeli zachorowanie dotyczy dziecka lub małżonka)

☐ Inne (proszę wymienić)

VIII. Oświadczenia i podpisy

1. Wyrażam zgodę na występowanie przez 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. Jednocześnie wyrażam zgodę na udostępnienie TUnŻ „WARTA” S.A. moich danych osobowych, w tym danych o stanie zdrowia przetwarzanych przez każdy inny zakład ubezpieczeń, 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 oraz nałogach w zakresie niezbędnym do celów związanych z wykonaniem umowy ubezpieczenia oraz przekazywanie moich danych podmiotom prowadzącym działalność reasekuracyjną na rzecz TUnŻ „WARTA”, w tym przekazywanie danych za granicę .

4. Podanie danych jest dobrowolne. Oświadczam, że zostałem poinformowany/a przez TUnŻ „WARTA” S.A. z siedzibą w Warszawie przy ul. Chmielnej 85/87, będące administratorem danych o prawie dostępu do treści oraz poprawiania swoich danych osobowych, przetwarzanych w celach ubezpieczeniowych, statutowych, marketingowych oraz w celu realizacji obowiązków wynikających z innych przepisów prawa.

5. Potwierdzam dane zawarte w niniejszym wniosku.

D	D
---	---

 -

M	M
---	---

 -

R	R	R	R
---	---	---	---

Miejscowość Data Podpis Współubezpieczonego*

* W przypadku, gdy w części I zakreślono pkt 2, oświadczenie podpisuje Współubezpieczony. Jeżeli Współubezpieczonym jest małoletnie dziecko, oświadczenie podpisuje uprawniony (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 SWS-12.

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
---	---	---	---

Pieczętka i podpis osoby upoważnionej
w zakładzie pracy

WYPEŁNIA ZAKŁAD UBEZPIECZEŃ

Opinia Biura Oceny Ryzyka

☐ Akceptacja ☐ Odmowa ☐ Akceptacja częściowa ☐ Nie wymaga opinii BOR

Uzasadnienie decyzji:

Data, pieczętka i podpis osoby upoważnionej

Stanowisko w sprawie zasadności roszczenia:

☐ Akceptacja ☐ Odmowa ☐ Akceptacja częściowa roszczenia

Uzasadnienie decyzji:

Data, pieczętka i podpis osoby odpowiedzialnej
za zajęcie wstępnego stanowiska

Data, pieczętka i podpis osoby odpowiedzialnej
za zajęcie merytorycznego stanowiska

