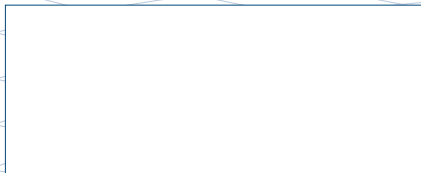




Towarzystwo Ubezpieczeń
na Życie S.A.



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

**WNIOSEK O WYPŁATĘ ŚWIADCZENIA Z TYTUŁU
POWSTANIA TRWAŁEGO USZCZERBKU NA ZDROWIU W WYNIKU WYPADKU**



Numer Świadczenia



Symbol Świadczenia

WYPEŁNIA UPRAWNIONY

I. Dane ubezpieczonego

Seria polisy	<input type="text"/>	Numer polisy	<input type="text"/>
Nazwisko:	<input type="text"/>		
Imię:	<input type="text"/>		
Seria i numer dokumentu tożsamości	<input type="text"/>		
Data urodzenia:	<input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	PESEL	<input type="text"/>
Obywatelstwo	<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"/>
Miejscowość	<input type="text"/>	Nr lokalu	<input type="text"/>
		Nr telefonu	<input type="text"/>

II. Dane dotyczące wypadku

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

Przebieg i okoliczności zajścia zdarzenia (podać dokładnie i wyczerpująco)	
Rodzaj doznanych obrażeń	
Czy ubezpieczony 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

III. 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: - - PESEL _____
 Obywatelstwo/Kraj: _____ Nr rejestru (dotyczy podmiotów prawnych): _____

IV. Załączniki

☐ Dokumentacja z leczenia (np. karta informacyjna z pobytu w szpitalu, z pogotowia ratunkowego, historia choroby z przychodni, itp.)

☐ Inne (proszę wymienić)

V. 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. Przyjmuję do wiadomości, że:
 - na komisję zostaną skierowany/a po zakończeniu leczenia, okresie rehabilitacji
 - rozpatrzenie roszczenia nastąpi po wydaniu orzeczenia Komisji Lekarskiej.
6. Potwierdzam dane zawarte w niniejszym wniosku.

_____ 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

