

Data i pieczęć jednostki/agenta
TUŃ „WARTA” S.Å. przyjmującego wniosek

WNIOSEK O WYPŁATĘ ŚWIADCZENIA Z TYTUŁU POBYTU W SZPITALU

Numer Świadczenia

Symbol Świadczenia

- WYPEŁNIA UPRAWNIONY:

I. Wnioskuję o wypłatę świadczenia z tytułu:

- 1 ☐ Pobytu ubezpieczonego w szpitalu w związku z chorobą (proszę wypełnić część II, IV, VI, VII)
- 2 ☐ Pobytu ubezpieczonego w szpitalu w związku z wypadkiem (proszę wypełnić część II, V, VI, VII)
- 3 ☐ Pobytu współubezpieczonego w szpitalu w związku z chorobą (proszę wypełnić część II, III, IV, VI, VII)
- 4 ☐ Pobytu współubezpieczonego w szpitalu w związku z wypadkiem (proszę wypełnić część II, III, V, VI, VII)

II. 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"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	PESEL	<input type="text"/>
Obywatelstwo	<input type="text"/>		
Adres do korespondencji	Kod pocztowy	<input type="text"/>	Poczta
Ulica	<input type="text"/>	Nr domu	<input type="text"/>
Miejscowość	<input type="text"/>	Nr lokalu	<input type="text"/>
		Nr telefonu	<input type="text"/>

III. Dane współubezpieczonego *(wypełnić, jeżeli wniosek dotyczy pobytu w szpitalu współubezpieczonego)*

<input type="checkbox"/> małżonek	<input type="checkbox"/> dziecko
Nazwisko współubezpieczonego:	
Imię współubezpieczonego:	
Data urodzenia:	<input type="text" value="DD"/> <input type="text" value="DD"/> - <input type="text" value="MM"/> <input type="text" value="MM"/> - <input type="text" value="RR"/> <input type="text" value="RR"/> <input type="text" value="RR"/> <input type="text" value="RR"/>
PESEL	<input type="text"/>
Adres do korespondencji	Kod pocztowy <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Ulica	Poczta <input type="text"/>
Miejscowość	Nr domu <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Nr lokalu <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
	Nr telefonu <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

**WYPEŁNIA UBEZPIECZONY ALBO WSPÓŁUBEZPIECZONY
(OSOBA, KTÓREJ POBYTU W SZPITALU DOTYCZY WNIOSEK)**

IV. Dane dotyczące choroby

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?	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
	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

Okres pobytu w szpitalu: od dnia - - do dnia - -

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

od dnia - - do dnia - -

Data pierwszej konsultacji lekarskiej
związanej z wypadkiem: - -

Data wypadku: - -

Miejsce wypadku:

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

Obywatelstwo/Kraj Nr rejestru (dotyczy podmiotów prawnych)

VII. Załączniki

- ☐ Karta informacyjna leczenia szpitalnego
- ☐ Inne (proszę wymienić) _____

VIII. Oświadczenia i podpisy

- Jako ubezpieczony (uprawniony)/ jako współubezpieczony 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).
- 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).
- 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.
- 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.
- Potwierdzam dane zawarte w niniejszym wniosku.

_____ - - _____
Miejscowość Data Podpis Współubezpieczonego*

* W przypadku, gdy w części I zakreślono pkt 3 lub 4, oświadczenie podpisuje Współubezpieczony. Jeżeli Współubezpieczonym jest małoletnie dziecko, oświadczenie podpisuje uprawniony (poniżej).

_____ - - _____
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 UBEZPIECZYCIEL

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