



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

#### IV. 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 \_\_\_\_\_

Obywatelstwo/Kraj \_\_\_\_\_ Nr rejestru (dotyczy podmiotów prawnych) \_\_\_\_\_

#### V. Lista wymaganych dokumentów (kserokopie lub oryginały)

1. Dowód osobisty ubezpieczonego
2. Dokumentacja medyczna potwierdzająca zastosowanie leczenia specjalistycznego
3. Karta informacyjna leczenia szpitalnego

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 TUnŻ „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 mojego stanu zdrowia i udostępnienie dokumentacji medycznej związanej z moim leczeniem, w celu i w zakresie potrzebnym dla oceny ryzyka ubezpieczeniowego oraz realizacji umowy ubezpieczenia zawartej na podstawie niniejszego wniosku (w tym ustalenie przyczyn śmierci, prawa do świadczenia i jego wysokości).
2. Jednocześnie wyrażam zgodę na udostępnienie TUnŻ „WARTA” S.A. moich danych osobowych, danych o stanie zdrowia przetwarzanych przez każdego innego ubezpieczyciela, w celu i w zakresie potrzebnym dla oceny ryzyka ubezpieczeniowego oraz realizacji umowy ubezpieczenia zawartej na podstawie niniejszego wniosku (w tym ustalenia 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 zawarciem i wykonaniem umowy ubezpieczenia oraz na ich przekazywanie podmiotom prowadzącym działalność reasekuracyjną na rzecz TUnŻ „WARTA” S.A., w tym za granicę.
4. Podanie danych jest dobrowolne. Oświadczam, że zostałem/am 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 - aktualnie i w przyszłości oraz w celu realizacji obowiązków wynikających z innych przepisów prawa.

5. Oświadczam, że wszystkie dane zawarte w niniejszym wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia są kompletne i zgodne z moją najlepszą wiedzą.
6. 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)**

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

