warta.

Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie "WARTA" S.A.

*Data i pieczęć jednostki/numer, imię i nazwisko agenta TUnŻ „WARTA" S.A. przyjmującego wniosek*

# WNIOSEK O WYPŁATĘ ŚWIADCZENIA

**Prosimy o wypełnianie drukowanymi literami.**

## I. Numer polisy

Jeśli polisa została zawarta w zakładzie pracy.

Nazwa ubezpieczającego (osoba/ firma która zawarła umowę ubezpieczenia)

Data zatrudnienia pracownika D D – M M – R R R R

Data rozwiązania umowy o pracę z pracownikiem D D – M M – R R R R

## II. Zdarzenie ubezpieczeniowe dotyczy:

☐ ubezpieczonego ☐ małżonka/partnera ☐ dziecka ☐ noworodka ☐ rodzica ☐ rodzica małżonka/partnera

## III. Rodzaj zdarzenia ubezpieczeniowego (sprawdź jakie masz zdarzenia w polisie i wybierz odpowiednie z listy):

☐ Urodzenie się dziecka
☐ Urodzenie się dziecka z punktacją 1 - 5 w skali APGAR
☐ Urodzenie się dziecka z wadą wrodzoną
☐ Urodzenie się martwego dziecka
☐ Urodzenie się wnuka
☐ Zgon
☐ Zgon w wyniku wypadku
☐ Zgon w wyniku wypadku komunikacyjnego
☐ Zgon w wyniku wypadku przy pracy
☐ Zgon w wyniku następstwie zawału serca lub udaru mózgu
☐ Osierocenie dziecka
☐ Operacja
☐ Czasowa niezdolność do pracy w związku z chorobą
☐ Czasowa niezdolność do pracy w związku z wypadkiem
☐ Trwała niezdolność do pracy w związku z chorobą
☐ Trwała niezdolność do pracy w związku z wypadkiem
☐ Niezdolność do pracy
  ☐ Bezterminowa
  ☐ Na okres powyżej 12 miesięcy
  ☐ Na okres 12 miesięcy
  ☐ W dotychczasowym zawodzie
☐ Trwały uszczerbek na zdrowiu w wyniku wypadku
☐ Trwały uszczerbek na zdrowiu na skutek zawału serca lub udaru mózgu
☐ Inwalidztwo
☐ Poważne zachorowanie
☐ Pobyt w szpitalu w związku z wypadkiem
☐ Pobyt w szpitalu w związku z chorobą
☐ Pobyt w szpitalu w związku z ciążą wysokiego ryzyka
☐ Pobyt na oddziale intensywnej terapii
☐ L4 po hospitalizacji/Rehabilitacja poszpitalna (rekonwalescencja)
☐ Pobyt w sanatorium
☐ Pobyt w szpitalu w związku z zawałem serca
☐ Pobyt w szpitalu w związku z udarem mózgu
☐ Pobyt w szpitalu w związku z wypadkiem przy pracy
☐ Pobyt w szpitalu w związku z wypadkiem komunikacyjnym
☐ Przejęcie opłacania składek
☐ Choroba śmiertelna
☐ INNE (podać jakie)

## IV. Dane osoby, której dotyczy zdarzenie (ubezpieczony, małżonek/partner, dziecko, rodzic, rodzic małżonka/partnera)

Imię/Imiona

Nazwisko

Data urodzenia: D D – M M – R R R R PESEL

Stosunek rodzinny (stopień pokrewieństwa, powinowactwa)

## V. Dane osoby składającej wniosek (ubezpieczony/uprawniony)

Imię

Nazwisko/Nazwa

Data urodzenia: D D – M M – R R R R Obywatelstwo

Seria i nr dokumentu tożsamości PESEL

NIP – – – Kraj urodzenia (w przypadku braku numeru PESEL)

Adres do korespondencji

Kraj

Ulica Nr domu Nr lokalu

Kod pocztowy – Miejscowość

Adres e-mail Nr telefonu kontaktowego

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

Adres zamieszkania\siedziby jeżeli jest inny niż adres korespondencyjny

Ulica | Nr domu | Nr lokalu

Kod pocztowy – | Miejscowość

Kraj

W przypadku ryzyk urodzenie dziecka oraz zgon rodziców prosimy wypełnić:

Nazwisko rodowe

Imię matki

Imię ojca

W przypadku ryzyk zgon rodzica małżonka/partnera zaznaczyć właściwe:

oświadczam, że na dzień wystąpienia zdarzenia

☐ pozostaję

☐ nie pozostaję

w związku małżeńskim z dzieckiem zmarłego współubezpieczonego.

Oświadczam, że po śmierci mojego małżonka (dziecka zmarłego współubezpieczonego):

☐ wstąpiłem/am

☐ nie wstąpiłem/am

w kolejny związku małżeńskim.

## VI. Dane osoby upoważnionej do odbioru świadczenia (w przypadku kiedy uprawnionym jest osoba niepełnoletnia lub odbiór świadczenia następuje przez przedstawiciela)

Imię

Nazwisko

Data urodzenia: D D – M M – R R R R | Obywatelstwo

Seria i nr dokumentu tożsamości | PESEL

Kraj urodzenia (w przypadku numeru PESEL)

Adres do korespondencji | Kraj

Ulica | Nr domu | Nr lokalu

Kod pocztowy – | Miejscowość

Adres e-mail | Nr telefonu kontaktowego

Oświadczam, że jestem przedstawicielem uprawnionego do odbioru świadczenia zgłoszonego zgodnie z niniejszym wnioskiem.
*(Proszę podpisać obok)*

podpis przedstawiciela

## VII. Dane zdarzenia

Data urodzenia/zgonu D D – M M – R R R R | Przyczyna zgonu

Data I konsultacji związanej z zachorowaniem/wypadkiem D D – M M – R R R R

Data rozpoznania choroby D D – M M – R R R R | Nazwa choroby

Data wypadku D D – M M – R R R R | Miejsce wypadku

Data przeprowadzenia operacji D D – M M – R R R R

Okres czasowej niezdolności do pracy od D D – M M – R R R R do D D – M M – R R R R

Data zakończenia leczenia i rehabilitacji D D – M M – R R R R

Data pobytu na OIOM od D D – M M – R R R R do D D – M M – R R R R

Data pobytu w szpitalu od D D – M M – R R R R do D D – M M – R R R R

Data pobytu w szpitalu od D D – M M – R R R R do D D – M M – R R R R

Data pobytu w szpitalu od D D – M M – R R R R do D D – M M – R R R R

## VIII. Dane dotyczące choroby

| | |
|---|---|
| **Czy w przeszłości cierpiał Pan/Pani/współubezpieczony lub był/a Pan/Pani/współubezpieczony leczony/a z powodu podobnego zachorowania?** | ☐ TAK ☐ NIE<br>**Proszę podać szczegóły:** |

**Proszę podać dane dotyczące wcześniejszego leczenia i obecnego stanu zdrowia**

| Nazwa szpitala lub przychodni oraz nazwisko lekarza leczącego | Adres szpitala lub przychodni | Okres leczenia, data przyjęcia, data wypisu |
|---|---|---|
| | | |
| | | |

## IX. Dane dotyczące wypadku

| | |
|---|---|
| **Przebieg, przyczyna i okoliczności zajścia zdarzenia** *(podać dokładnie i wyczerpująco)* | |
| **Rodzaj doznanych obrażeń** | |
| Nazwa i adres policji/prokuratury prowadzącej postępowanie. Jeśli został sporządzony protokół powypadkowy prosimy o jego załączenie. | |
| Czy ubezpieczony/współubezpieczony w chwili wypadku był pod wpływem alkoholu, narkotyków lub innych środków odurzających? | ☐ TAK ☐ NIE |
| **Dane lekarza/y lub placówki/ek medycznej/ych, którzy udzielili pierwszej pomocy medycznej bezpośrednio po wypadku i leczyli w późniejszym okresie** | |
| Nazwa szpitala/przychodni oraz nazwisko lekarza leczącego | |
| Adres szpitala/przychodni | |
| Okres leczenia, data przyjęcia, data wypisu | |

## X. Sposób wypłaty świadczenia

**Proszę o przekazanie należnego świadczenia:**

☐ **Przelewem na rachunek bankowy numer:**

☐ **Przekazem pocztowym na adres:** .....

.....

**Dane 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)**

## XI. 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 mojego stanu zdrowia i udostępnienie dokumentacji medycznej związanej z moim leczeniem, a także udzielenie informacji zgromadzonych i przetwarzanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia 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 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 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 osobowych podmiotom prowadzącym działalność reasekuracyjną na rzecz TUnŻ „WARTA", w tym przekazywanie danych za granicę.
4. Przyjmuję do wiadomości, że:
   - opinia Komisji Lekarskiej zostanie wydana po zakończeniu leczenia, okresie rehabilitacji
   - rozpatrzenie roszczenia nastąpi po wydaniu opinii Komisji Lekarskiej.
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.
8. Realizując ustawowy obowiązek informacyjny niniejszym informujemy, że skargi, zażalenia, w tym reklamacje mogą być składane do Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie „WARTA" S.A. w formie pisemnej na adres: skr. pocztowa 1013, 00-950 Warszawa 1, a ponadto w formie elektronicznej za pomocą formularza **www.warta.pl/reklamacje**, telefonicznie pod nr 502 308 308 oraz w każdej jednostce Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie „WARTA" S.A. na piśmie doręczonym osobiście lub w formie ustnej do protokołu. Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie „WARTA" S.A. rozpatrzy skargę, zażalenie, reklamację w terminie 30 dni od daty wpływu i udzieli odpowiedzi w formie pisemnej przesyłką listową lub w formie elektronicznej na wniosek składającego skargę, zażalenie, reklamację. Szczegółowe informacje dotyczące trybu wnoszenia i rozpatrywania skarg, zażaleń, reklamacji udostępniane są za pośrednictwem strony internetowej **www.warta.pl**; Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie „WARTA" S.A. podlega nadzorowi Komisji Nadzoru Finansowego.

Miejscowość _____ Data D D – M M – R R R R _____ Podpis małżonka/ partnera ubezpieczonego*

* w przypadku jeśli zdarzenie dotyczy małżonka/ partnera ubezpieczonego wniosek podpisuje małżonek/partner oraz ubezpieczony

Miejscowość _____ Data D D – M M – R R R R _____ Podpis uprawnionego/ubezpieczonego*

* do 13 roku życia osoby uprawnionej podpis składa tylko przedstawiciel ustawowy. Po ukończeniu 13 roku życia, podpisy winny złożyć zarówno przedstawiciel ustawowy jak i uprawnione dziecko

Listę niezbędnych dokumentów stanowi załącznik do wniosku o wypłatę świadczenia.

## XII. Wypełnia ubezpieczający (prosimy o wypełnienie tylko w przypadku zdarzenia w okresie karencji)

Zaświadcza się, że Pan/Pani .....

nr PESEL ..... był/a ubezpieczony/a w ramach umowy ubezpieczenia grupowego na poniższych zasadach:

Nazwa poprzedniego ubezpieczyciela _____

Numer polisy _____

Nazwa poprzedniego ubezpieczającego _____

Ryzyko _____

Okres ubezpieczenia (okres opłacania składek z tytułu w/w ryzyka) od D D – M M – R R R R do D D – M M – R R R R

Data wystąpienia z ubezpieczenia *(jeżeli jest nadal w ubezpieczeniu prosimy wpisać „nadal")* D D – M M – R R R R

W przypadku poważnego zachorowania zakres obejmował chorobę _____

Kwota świadczenia z tytułu w/w ryzyka na dzień ..... _____ PLN

_____

*/data, pieczątka i podpis osoby upoważnionej/*

**Klauzula informacyjna**

Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie ,,WARTA" S. A. z siedzibą w Warszawie, przy ul. Chmielnej 85/87, 00-805 Warszawa ("Warta"). Z administratorem można się kontaktować pisemnie na podany adres siedziby lub w sposób podany na stronie www.warta.pl. Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane przez Wartę w celu:

1) obsługi świadczenia lub wykupu, w tym obsługi zgłoszenia, wydania decyzji ubezpieczeniowej i wypłaty świadczenia lub wykupu, na podstawie przepisów o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej oraz kodeksu cywilnego, do momentu wydania przez Wartę decyzji w przedmiocie wypłaty świadczenia lub wykupu, w celu rozpatrywania reklamacji (o ile zostanie złożona) i raportowania do Rzecznika Finansowego – na podstawie przepisów o rozpatrywaniu reklamacji, przez okres 90 dni od dnia zgłoszenia reklamacji, a następnie w celach archiwizacyjnych na wypadek zgłoszenia kolejnego świadczenia lub wykupu, na podstawie prawnie uzasadnionych interesów realizowanych przez Wartę, przez okres przedawnienia przysługujących Pani/Panu roszczeń, tj. najczęściej przez 20 lat od dnia popełnienia przestępstwa - dla szkód powstałych w wyniku przestępstwa lub przez 3 lata od dnia, w którym Pani/Pan dowiedział/a się o zajściu zdarzenia - dla pozostałych szkód i świadczeń. W tym celu przetwarzane będą dane zawarte w zgłoszeniu świadczenia lub wykupu, dokumentacji dotyczącej świadczenia lub wykupu, jak również informacje i dokumentacja pozyskana podczas procesu obsługi świadczenia lub wykupu.

2) zapobiegania i wykrywania przestępczości - na podstawie uzasadnionego interesu Warty, przez 5 lat a w przypadku osób fizycznych prowadzących działalność gospodarczą, przez 10 lat od zawarcia umowy ubezpieczenia. Uzasadnionym interesem administratora jest możliwość przeciwdziałania przestępstwom popełnianym na szkodę zakładu ubezpieczeń.

3) rozpatrywania wniosków, skarg i reklamacji innych niż związane z procesem obsługi świadczenia lub wykupu i raportowania do Rzecznika Finansowego – na podstawie przepisów o rozpatrywaniu reklamacji, przez okres 90 dni od dnia złożenia wniosku, skargi lub reklamacji, a po tym okresie w celach archiwizacyjnych, na podstawie prawnie uzasadnionych interesów realizowanych przez Wartę, przez okres 3 lat. Prawnie uzasadnionym interesem jest kontrola prawidłowości prowadzenia tych postępowań.

4) wypłacalności i rezerw techniczno-ubezpieczeniowych dla celów rachunkowości, w tym dla celów statystycznych, na podstawie przepisów o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej, przez okres obsługi świadczenia lub wykupu oraz przez czas trwania ewentualnych postępowań sądowych związanych z dochodzonym przez Panią/Pana roszczeniem.

5) rachunkowych, na podstawie przepisów o rachunkowości, przez okres 5 lat od początku roku następującego po roku obrotowym, w którym operacje, transakcje lub postępowanie związane z obsługą świadczenia lub wykupu zostały ostatecznie zakończone, spłacone, rozliczone lub przedawnione.

"W celu cofnięcia zgody lub skorzystania z przysługujących praw należy skontaktować się z inspektorem danych osobowych lub agentem. Kontakt z inspektorem ochrony danych jest możliwy drogą elektroniczną poprzez: IOD@warta.pl lub drogą pisemną pod adresem siedziby Warty podanym powyżej. Dane inspektora dostępne są na stronie internetowej: www.warta.pl w zakładce Kontakt.

Przysługuje Pani/Panu prawo do: a) żądania dostępu do swoich danych, ich sprostowania, usunięcia (o ile nie zakłóca to obsługi świadczenia lub wykupu lub obowiązków Warty wynikających z przepisów prawa), ograniczenia przetwarzania a także prawo do przenoszenia danych (o ile Warta przetwarza Pani/Pana dane osobowe na podstawie Pani/Pana zgody); b) wniesienia sprzeciwu z przyczyn związanych ze szczególną sytuacją wobec przetwarzania Pani/Pana danych osobowych na podstawie prawnie uzasadnionych interesów realizowanych przez Wartę, w tym profilowania na tej podstawie oraz do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania Pani/Pana danych osobowych na potrzeby marketingu bezpośredniego przez Wartę; c) wniesienia skargi do Organu Nadzoru w zakresie danych osobowych (aktualna nazwa i dane kontaktowe organu znajdują się na stronie www.warta.pl w zakładce Kontakt).

Realizując prawo dostępu do danych jest Pani/Pan uprawniona/y do uzyskania od Warty potwierdzenia, czy przetwarzane są Pani/Pana dane osobowe, uzyskania ich kopii oraz do uzyskania informacji m.in. o: celach przetwarzania, kategoriach danych osobowych, kategoriach odbiorców, którym dane osobowe zostały lub zostaną ujawnione, planowanym okresie przechowywania danych osobowych, źródle ich pozyskania przez Wartę, zautomatyzowanym podejmowaniu decyzji, w tym o profilowaniu. Realizując prawo do przenoszenia danych ma Pani/Pan prawo do uzyskania od Warty w ustrukturyzowanym, powszechnie używanym formacie nadającym się do odczytu maszynowego Pani/Pana dane osobowe, które Pani/Pan dostarczył/a Warcie. Ponadto, ma Pani/Pan prawo zażądać, aby Warta przesłała innemu administratorowi Pani/Pana dane osobowe, o ile jest to technicznie możliwe. Powyższe uprawnienie dotyczy wyłącznie danych osobowych, które Warta przetwarza na podstawie Pani/Pana zgody lub na podstawie zawartej z Panią/Panem umowy.

Realizując prawo do sprostowania danych jest Pani/Pan uprawniona/y do żądania od Warty sprostowania lub uzupełnienia dotyczących Pani/Pana danych osobowych, które są nieprawidłowe lub niekompletne.

Realizując prawo do usunięcia danych jest Pani/Pan uprawniona/y do żądania od Warty usunięcia dotyczących Pani/Pana danych osobowych, w przypadkach wskazanych w art. 17 ogólnego rozporządzenia o ochronie danych, w szczególności w przypadku, gdy dane osobowe nie są już niezbędne do celów, w których zostały zebrane lub złożony został skuteczny sprzeciw wobec przetwarzania Pani/Pana danych osobowych.

Realizując prawo do ograniczenia przetwarzania jest Pani/Pan uprawniona/y do żądania od Warty ograniczenia przetwarzania danych w przypadkach określonych w art. 18 ogólnego rozporządzenia o ochronie danych w szczególności, gdy Pani/Pan kwestionuje prawidłowość danych osobowych lub wnosi sprzeciw wobec ich przetwarzania – na okres pozwalający Warcie zweryfikować zasadność żądania.

Realizując prawo do sprzeciwu jest Pani/Pan uprawniona/y do wniesienia z przyczyn związanych z Pani/Pana szczególną sytuacją sprzeciwu wobec przetwarzania Pani/Pana danych osobowych na podstawie prawnie uzasadnionych interesów realizowanych przez Wartę w tym profilowania. Pomimo sprzeciwu Warta jest uprawniony w dalszym ciągu przetwarzać te dane osobowe, jeżeli wykaże istnienie ważnych prawnie uzasadnionych podstaw do przetwarzania, nadrzędnych wobec interesów, praw i wolności osoby, której dane dotyczą, lub podstaw do ustalenia, dochodzenia lub obrony roszczeń. Przysługuje Pani/Panu prawo do wniesienia w dowolnym momencie sprzeciwu wobec przetwarzania Pani/Pana danych osobowych na potrzeby marketingu bezpośredniego przez Wartę.

Przysługuje Panu/Pani prawo do uzyskania interwencji ludzkiej ze strony Warty wobec decyzji opierającej się na zautomatyzowanym przetwarzaniu, do wyrażania własnego stanowiska i do zakwestionowania tej decyzji kontaktując się z Wartą przez jej agenta, infolinię lub wysyłając wiadomość na adres email IOD@warta.pl.

Odbiorcami Pani/Pana danych osobowych mogą być: inne zakłady ubezpieczeń lub inne zakłady reasekuracji, Komisja Nadzoru Finansowego, Ubezpieczeniowy Fundusz Gwarancyjny, biura informacji gospodarczej i biura informacji kredytowej, o ile została udzielona zgoda, Rzecznik Finansowy, urzędy skarbowe, organy administracji państwowej, o ile nie żądają udostępnienia w związku z toczącym się postępowaniem, a obowiązek udostępnienia danych wynika z przepisów prawa, dostawcy usług assistance będących przedmiotem ubezpieczenia. Ponadto Pani/Pana dane mogą być przekazywane podmiotom przetwarzającym dane osobowe na zlecenie administratora m.in. dostawcom usług IT mającym siedzibę w Polsce lub na obszarze EOG, dostawcom usług archiwizacji dokumentacji, likwidacji szkód, podmiotom przetwarzającym dane w celu windykacji należności, kancelariom prawnym świadczącym wsparcie prawne, rzeczoznawcom majątkowym lub medycznym, agencjom marketingowym, czy też agentom ubezpieczeniowym obsługującym Pani/Pana umowę ubezpieczenia – przy czym takie podmioty przetwarzają dane na podstawie umowy z administratorem i wyłącznie zgodnie z poleceniami administratora. Warta zbiera dane od podmiotów zewnętrznych tj.: Ubezpieczeniowy Fundusz Gwarancyjny w zakresie historii szkodowości, Centralna Ewidencja Pojazdów w zakresie historii pojazdu, inne zakłady ubezpieczeń w zakresie zgłoszonych zdarzeń, placówki medyczne w zakresie informacji o stanie zdrowia, o ile została wyrażona zgoda, dostawcy usług assistance w zakresie przebiegu i rezultatów wykonanych usług oraz inne podmioty w zakresie niezbędnym do oceny ryzyka, wykonania umowy lub oceny zgłoszonego roszczenia.

# Załącznik do Wniosku o Wypłatę Świadczenia

## *Lista dokumentów niezbędnych do rozpatrzenia poszczególnych roszczeń*

***(wszystkie dokumenty można przekazać w formie: skanu, zdjęcia lub kserokopii)***

W przypadku, gdy zgłaszane zdarzenie wystąpiło w okresie **karencji** ubezpieczający powinien wypełnić pkt. XII obowiązującego druku wniosku o wypłatę świadczenia lub dołączyć **zaświadczenie o poprzednim ubezpieczeniu**, zawierające informację o okresie (tj. od kiedy do kiedy trwało ubezpieczenie) i zakresie ubezpieczenia (tj. potwierdzenie czy w poprzedniej polisie ubezpieczony posiadał ryzyko, z którego obecnie składa roszczenie) oraz informację o kwocie świadczenia z ryzyka w poprzedniej polisie, z którego obecnie ubezpieczony składa roszczenie.

**KARENCJA** – okres trwania umowy ubezpieczenia, w którym, z tytułu zajścia zdarzenia lub zdarzeń określonych umową, Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności lub udziela ochrony w ograniczonym zakresie. Okres karencji może różnić się w zależności od produktu i zapisów danej umowy ubezpieczenia (np. 9-10 miesięcy od daty przystąpienia w przypadku urodzenia się dziecka, 1-3 miesiące od daty przystąpienia w przypadku pobytu w szpitalu itp.).

**1. ZGON UBEZPIECZONEGO**

1) Odpis skrócony aktu zgonu.
2) Dokument tożsamości osoby uprawnionej(np. dowód osobisty).
3) Dokumenty, z których wynikają okoliczności i przyczyna zgonu ubezpieczonego (np. karta zgonu, dokumentacja lekarska, wynik sekcji zwłok, dokumenty z prokuratury).

***Dodatkowe dokumenty/informacje – w zależności od okoliczności:***

- *Dokumenty potwierdzające uprawnienie do świadczenia w przypadku, gdy brak jest wskazanego uprawnionego, np. postanowienie sądowe o nabyciu spadku.*

**2. OSIEROCENIE DZIECKA**

1) Odpis skrócony aktu zgonu ubezpieczonego.
2) Dokument stwierdzający tożsamość uprawnionego dziecka (np. dowód osobisty, legitymacja szkolna, indeks wyższej uczelni,
3) Skrócony odpis aktu urodzenia dziecka.
4) Dokumenty, z których wynikają okoliczności i przyczyna zgonu ubezpieczonego (np. karta zgonu, dokumentacja lekarska, wynik sekcji zwłok, dokumenty z prokuratury).
5) Dokument tożsamości opiekuna prawnego - w przypadku dziecka niepełnoletniego.

***Dodatkowe dokumenty/informacje – w zależności od okoliczności i zapisów OWU:***

- *Zaświadczenie o uczęszczaniu do szkoły/pobieraniu nauki, jeżeli dziecko jest w wieku od 18 do 25 roku życia.*
- *Oświadczenie dziecka w wieku 18-25 lat, uczęszczającego do szkoły o nie podejmowaniu pracy zarobkowej.*
- *Orzeczenie sądu ustanawiające prawnego opiekuna nieletniego dziecka w przypadku pozbawienia władzy rodzicielskiej lub gdy rodzice nie żyją.*
- *Zaświadczenie o trwałej niezdolności do pracy.*
- *Orzeczenie sądu stwierdzające fakt przysposobienia dziecka przez zmarłego ubezpieczonego.*
- *Dokument potwierdzający zmianę nazwiska dziecka np. skrócony odpis aktu małżeństwa.*

**3. ZGON MAŁŻONKA/PARTNERA UBEZPIECZONEGO**

1) Odpis skrócony aktu zgonu.
2) Dokumenty, z których wynikają okoliczności i przyczyna zgonu (np. karta zgonu, dokumentacja lekarska, wynik sekcji zwłok, dokumenty z prokuratury).
3) Dokument tożsamości osoby uprawnionej(np. dowód osobisty).

**4. ZGON DZIECKA**

1) Odpis skrócony aktu zgonu.
2) Dokumenty, z których wynikają okoliczności i przyczyna zgonu (np. karta zgonu, dokumentacja lekarska, wynik sekcji zwłok, dokumenty z prokuratury) – w zależności od zapisów w OWU.
3) Dokument tożsamości osoby uprawnionej(np. dowód osobisty).

**5. ZGON NOWORODKA**

1) Odpis skrócony aktu zgonu noworodka - w przypadku noworodka, który przyszedł na świat żywy i nie ukończył 1 roku życia.
2) Odpis skrócony aktu urodzenia z adnotacja „dziecko martwo urodzone" – w przypadku noworodka poczętego lecz nienarodzonego.
3) Dokumenty, z których wynikają okoliczności i przyczyna zgonu noworodka (np. karta zgonu, dokumentacja lekarska, wynik sekcji zwłok) - w przypadku noworodka, który przyszedł na świat żywy i nie ukończył 1 roku życia.
4) Dokument tożsamości osoby uprawnionej(np. dowód osobisty).

***Dodatkowe dokumenty/informacje – w zależności od sytuacji i zapisów OWU:***

- *Zaświadczenie lekarskie lub inny dokument zawierający informacje, w którym tygodniu ciąży nastąpił zgon noworodka - w przypadku noworodka poczętego lecz nienarodzonego.*

**6. ZGON RODZICÓW UBEZPIECZONEGO**

1) Odpis skrócony aktu zgonu.
2) Dokument tożsamości osoby uprawnionej(np. dowód osobisty).
3) Dokumenty, z których wynikają okoliczności i przyczyna zgonu (np. karta zgonu, dokumentacja lekarska, wynik sekcji zwłok) – w zależności od zapisów OWU.

***Dodatkowe dokumenty/informacje – w zależności od sytuacji i zapisów OWU***

- *W przypadku braku możliwości ustalenia stopnia pokrewieństwa, konieczne są dodatkowe dokumenty np. akt małżeństwa , akt urodzenia – w zależności od sytuacji.*
- *Odpis skrócony aktu zgonu biologicznego rodzica ubezpieczonego – jeśli zdarzenie dotyczy zgonu ojczyma lub macochy ubezpieczonego.*

**7. ZGON RODZICÓW MAŁŻONKA/PARTNERA**

1) Odpis skrócony aktu zgonu.
2) Dwie strony dowodu osobistego małżonka/partnera lub odpis skrócony aktu małżeństwa (na którym znajdują się dane rodziców).
3) Dokument tożsamości osoby uprawnionej(np. dowód osobisty).
4) Dokumenty, z których wynikają okoliczności i przyczyna zgonu (np. karta zgonu, dokumentacja lekarska, wynik sekcji zwłok ) – w zależności od zapisów OWU.

***Dodatkowe dokumenty/informacje – w zależności od sytuacji i zapisów OWU***

- *W przypadku braku możliwości ustalenia stopnia pokrewieństwa, konieczne są dodatkowe dokumenty np. odpis skrócony aktu małżeństwa, odpis skrócony aktu urodzenia – w zależności od sytuacji.*
- *Odpis skrócony aktu zgonu biologicznego rodzica małżonka/partnera – jeśli zdarzenie dotyczy zgonu ojczyma lub macochy małżonka/partnera.*
- *W przypadku zgonu małżonka przed datą zgłoszonego zdarzenia, prosimy o dostarczenie oświadczenia - czy osoba ubezpieczona po śmierci małżonka (dziecka zmarłego teścia/teściowej) nie wstąpiła w ponowny związek małżeński*

**8. URODZENIE SIĘ DZIECKA /URODZENIE SIĘ DZIECKA ZE SKALA APGAR 1-5 pkt/URODZENIE SIĘ DZIECKA Z WADĄ WRODZONĄ/URODZENIE SIĘ MARTWEGO DZIECKA**

1) Odpis skrócony aktu urodzenia.

***Dodatkowe dokumenty/informacje – w zależności od sytuacji***

- *W przypadku ryzyka urodzenia się dziecka ze skalą Apgar dodatkowo należy dołączyć zaświadczenie lekarskie potwierdzające skalę Apgar.*
- *W przypadku ryzyka urodzenia się dziecka z wadą wrodzoną dodatkowo należy dołączyć dokumentację medyczną potwierdzającą wadę wrodzoną dziecka oraz dokumentację z przebiegu leczenia.*

**9. URODZENIE SIĘ WNUKA**

1) Odpis skrócony aktu urodzenia wnuka.
2) Odpis skrócony aktu urodzenia rodzica wnuka lub odpis skrócony aktu małżeństwa rodziców wnuka
3) Postanowienie sądu o przysposobieniu wnuka przez dziecko ubezpieczonego (jeżeli dotyczy)
4) Dokument tożsamości osoby uprawnionej(np. dowód osobisty).

**10. POWSTANIE TRWAŁEGO USZCZERBKU NA ZDROWIU W WYNIKU WYPADKU LUB WSKUTEK ZAWAŁU SERCA, UDARU MÓZGU**

1) Dokument potwierdzający udzielenie pierwszej pomocy lekarskiej zaraz po wypadku wraz z rozpoznaniem doznanego urazu (np. karta informacyjna z pogotowia ratunkowego, historia choroby ze szpitala).
2) Dokument tożsamości osoby uprawnionej(np. dowód osobisty).

***Dodatkowe dokumenty/informacje – w zależności od sytuacji***

- *Dodatkowa dokumentacja lekarska z późniejszego leczenia lub informacje, gdzie było prowadzone leczenie.*
- *Dokumentacja medyczna dotycząca leczenia zawału serca lub udaru mózgu - w przypadku ryzyka powstania trwałego uszczerbku na zdrowiu spowodowanego tymi zdarzeniami.*

**11. POWAŻNE ZACHOROWANIE U UBEZPIECZONEGO LUB WSPÓŁUBEZPIECZONEGO/CHOROBA ŚMIERTELNA**

1) Dokumentacja lekarska związana z leczeniem i rozpoznaniem poważnego zachorowania/śmiertelnej choroby.
2) Wyniki badan potwierdzających wystąpienie poważnego zachorowania i inne dokumenty określone w definicjach poszczególnych rodzajów poważnych zachorowań zawarte w umowie ubezpieczenia (np. wynik badania histopatologicznego w przypadku nowotworu).
3) Dokument tożsamości osoby uprawnionej(np. dowód osobisty).

**12. TRWAŁE CAŁKOWITE/CZEŚCIOWE INWALIDZTWO/ CAŁKOWITA OKRESOWA LUB TRWAŁA NIEZDOLNOŚĆ DO PRACY/CZASOWA NIEZDOLNOŚĆ DO PRACY UBEZPIECZONEGO LUB WSPÓŁUBEZPIECZONEGO/ NIEZDOLNOŚĆ DO PRACY W ZAWODZIE KIEROWCY LUB W ZAWODZIE NAUCZYCIELA/NIEZDOLNOŚĆ DO SAMODZIELNEJ EGZYSTENCJI**

1) Pełna dokumentacja z leczenia (np. ze szpitala, przychodni), pozwalająca na ustalenie powodu powstania niezdolności do pracy.
2) Zwolnienia lekarskie oraz zaświadczenie macierzystego zakładu pracy stwierdzające przez jaki czas uprawniony korzystał ze zwolnienia lekarskiego.
3) Dokument o przyznaniu renty zgodnie z zapisami OWU/orzeczenie lekarza stwierdzające całkowite lub częściowe inwalidztwo, niezdolność do pracy.
4) Orzeczenie lekarza orzekającego stwierdzającego konieczność powstrzymania się Ubezpieczonego od pracy w celu przeprowadzenia zaleconego leczenia (odbycia urlopu dla poratowania zdrowia), wraz z dokumentacją medyczna, która była podstawa do wydania tego orzeczenia – dla ryzyka niezdolności w zawodzie nauczyciela, w zależności od zapisów OWU.
5) Dokument tożsamości osoby uprawnionej(np. dowód osobisty).

**13. ŚWIADCZENIE SZPITALNE (Hospitalizacja, w tym hospitalizacja w wyniku ciąży wysokiego ryzyka)/ OPERACJA/ LECZENIE SPECJALISTYCZNE/ ŚWIADCZENIE REHABILITACYJNE/ POBYT NA OIOM/OIOK/OIT/ POBYT W SANATORIUM/ L4 PO HOSPITALIZACJI/ RYCZAŁT NA ZAKUP LEKÓW/REKONWALESCENCJA/REKONWALESCENCJA DZIECKA**

1) Dokumentacja medyczna, potwierdzająca fakt pobytu w szpitalu, wykonaną operację, leczenie specjalistyczne, pobyt na OIOM/OIOK/OIT, okres pobytu oraz jego przyczynę, zwolnienie lekarskie, skierowanie do sanatorium - w zależności od ryzyka.
2) Karta informacyjna leczenia szpitalnego zawierającą potwierdzenie ciąży wysokiego ryzyka, a w przypadku braku takiej informacji zaświadczenie od lekarza prowadzącego lub kartę ciąży o przebiegu ciąży dla ryzyka pobytu w szpitalu spowodowanego ciążą wysokiego ryzyka.
3) Karta informacyjna leczenia szpitalnego uwzgledniająca okres pobytu na OIOM/OIOK/OIT z datą przyjęcia i wypisu dla ryzyka pobytu na OIOM.
4) Zatwierdzone przez uprawniony organ i wystawione przez uprawnionego lekarza skierowanie do sanatorium oraz dokument potwierdzający pobyt (karta informacyjna, zaświadczenie) wystawiony przez sanatorium dla ryzyka pobytu w sanatorium.
5) Zwolnienia lekarskie wydane przez szpital lub zaświadczenie wydane przez Ubezpieczającego o pobieranym zasiłku chorobowym w związku z pobytem Ubezpieczonego za zwolnieniu lekarskim wydanym przez szpital – dla ryzyka rehabilitacji poszpitalnej lub L4 po hospitalizacji.
6) Dokument tożsamości osoby uprawnionej(np. dowód osobisty).

**14. ZAKAŻENIE WIRUSEM HIV W WYNIKU WYPADKU PRZY PRACY, DLA PRACOWNIKÓW ZOZ LUB W WYNIKU TRANSFUZJI KRWII**

1) Dokumentacja lekarska związana z leczeniem i rozpoznaniem wirusa HIV w tym wyniki test na obecność wirusa HIV w organizmie.
2) Dokument tożsamości osoby uprawnionej(np. dowód osobisty).

**15. LISTA DODATKOWYCH DOKUMENTÓW NIEZBĘDNYCH W PRZYPADKU ZGŁOSZENIA ROSZCZENIA O WYPŁATE ŚWIADCZENIA ZWIAZANEGO Z:**

**A. WYPADKIEM, WYPADKIEM PRZY PRACY I WYPADKIEM W TRAKCIE PROWADZENIA POJAZDU:**

1) Dokument potwierdzający fakt zaistnienia wypadku oraz stan trzeźwości osoby, której dotyczy roszczenie np. protokół policji, prokuratury, protokół wypadku przy pracy. W przypadku braku w/w dokumentu, wymagane jest podanie informacji, przez kogo i gdzie prowadzone było dochodzenie (np. na formularzu wniosku o wypłatę świadczenia).
2) Jeśli do wypadku doszło w trakcie prowadzenia pojazdu, wymagane jest złożenie dokumentu uprawniającego do kierowania danym pojazdem np. prawo jazdy. W przypadku, gdy z okoliczności zdarzenia wynika, że do wypadku doszło z powodu niesprawności pojazdu należy dodatkowo przedłożyć dokumenty dopuszczające pojazd do ruchu np. dowód rejestracyjny pojazdu z wpisem badania technicznego.

**B. WSPÓŁUBEZPIECZONYM (MAŁŻONKIEM, PARTNEREM, DZIECKIEM):**

1) Odpis skrócony aktu małżeństwa (w przypadku jego braku - dwie strony dowodu osobistego małżonka) - gdy zdarzenie dotyczy małżonka, z wyjątkiem roszczenia dotyczącego zgonu małżonka.
2) W przypadku braku możliwości ustalenia stopnia pokrewieństwa, konieczne są dodatkowe dokumenty np. odpis skrócony aktu małżeństwa, odpis skrócony aktu urodzenia – w zależności od sytuacji.
3) Dwie strony dowodu osobistego partnera - gdy zdarzenie dotyczy partnera, z wyjątkiem roszczenia dotyczącego zgonu partnera.
4) Odpis skrócony aktu urodzenia dziecka lub dwie strony dowodu osobistego dziecka - jeśli zdarzenie dotyczy dziecka, z wyjątkiem roszczenia dotyczącego zgonu dziecka.

**16. DODATKOWE INFORMACJE:**

1) Oprócz wymienionych powyżej dokumentów, niezbędnym może okazać się dostarczenie innych dokumentów, zależnie od charakteru sprawy.
2) Wskazane jest, aby dostarczane dokumenty miały formę kopii poświadczonej za zgodność z oryginałem. W przypadku agentów Warty, dla identyfikacji, na poświadczeniu rekomendowane jest podanie numeru agenta.
3) W przypadku gdy osoba uprawniona do świadczenia nie jest osobą fizyczną, z wnioskiem o wypłatę świadczenia występuje przedstawiciel uprawnionego (np. upoważniony pracownik), dołączając dokument upoważniający go do występowania w imieniu uprawnionego podmiotu np. wypis z rejestru ewidencji działalności gospodarczej lub z Krajowego Rejestru Sadowego albo innego właściwego rejestru lub stosowne pełnomocnictwo.