



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 - -

Data rozwiązania umowy o pracę z pracownikiem - -

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):

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

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

Imię/Imiona

Nazwisko

Data urodzenia: - - PESEL

Stosunek rodziny do ubezpieczonego

V. Dane osoby składającej wniosek (ubezpieczony/uprawniony)

Imię

Nazwisko/Nazwa

Data urodzenia: - - Obywatelstwo

Seria i nr dokumentu tożsamości PESEL/Nr rejestru (dotyczy podmiotów prawnych)

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)

W przypadku ryzyk urodzenie dziecka oraz zgon rodziców prosimy wypełnić:

Nazwisko rodowe

Imię matki

Imię ojca

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

Imię _____
 Nazwisko _____
 Nazwisko rodowe _____
 Data urodzenia: - - Obywatelstwo _____
 Seria i nr dokumentu tożsamości _____ 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 - - Przyczyna zgonu _____
 Data i konsultacji związanej z zachorowaniem/wypadkiem - - Data rozpoznania choroby _____
 Nazwa choroby _____
 Data wypadku - - Miejsce wypadku _____
 Data przeprowadzenia operacji - -
 Okres czasowej niezdolności do pracy od - - do - -
 Data zakończenia leczenia i rehabilitacji - -
 Data pobytu na OIOM od - - do - -
 Data pobytu w szpitalu od - - do - -
 Data pobytu w szpitalu od - - do - -
 Data pobytu w szpitalu od - - do - -

VIII. Dane dotyczące choroby

	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
Czy w przeszłości cierpiał Pan/Pani/współubezpieczony lub był/a Pan/Pani/współubezpieczony leczony/a z powodu podobnego zachorowania?	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?	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
Dane lekarza/y lub placówki/ek medycznej/ych, którzy udzieliłi 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 od 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

- 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, w celu i w zakresie potrzebnym dla realizacji umowy/umów ubezpieczenia zawartych na podstawie wcześniej złożonej/złożonych deklaracji/wniosek, 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 każdego innego ubezpieczyciela, w celu i w zakresie potrzebnym dla realizacji umowy/umów ubezpieczenia zawartych na podstawie wcześniej złożonej/złożonych deklaracji/wniosek, 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 osobowych podmiotom prowadzącym działalność reasekuracyjną na rzecz TUnŻ „WARTA”, w tym przekazywanie danych za granicę.
- Podanie danych jest dobrowolne. Oświadczam, że zostałem/am poinformowany/a przez TUnŻ „WARTA” S.A., będąc 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.
- Przyjmuję do wiadomości, że:
 - opinia Komisji Lekarskiej zostanie wydana po zakończeniu leczenia, okresie rehabilitacji
 - rozpatrzenie roszczenia nastąpi po wydaniu opinii Komisji Lekarskiej.
- Przyjmuję do wiadomości, że:
 - stopień uszczerbku na zdrowiu dziecka ustalony zostanie po zakończeniu leczenia, okresie rehabilitacji.
- 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.
- Wyrażam zgodę na prowadzenie ze mną korespondencji w sprawie złożonego wniosku o wypłatę świadczenia za pośrednictwem podanego przeze mnie adresu e-mail.
- 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, 02-304 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.

_____ D D - M M - R R R R

Miejscowość Data Podpis małżonka/partnera ubezpieczonego*

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

_____ D D - M M - R R R R

Miejscowość Data 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)

Zaświadczam 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 -- do --

Data wystąpienia z ubezpieczenia (jeżeli jest nadal w ubezpieczeniu prosimy wpisać „nadal”)

W przypadku poważnego zachorowania zakres obejmował chorobę

Kwota świadczenia z tytułu w/w ryzyka na dzień PLN

/data, pieczętka i podpis osoby upoważnionej/

Załącznik do Wniosku o Wypłatę Świadczenia

Lista dokumentów niezbędnych do rozpatrzenia poszczególnych roszczeń (wszystkie dokumenty można przekazać w formie: skanu, zdjęcia lub kserokopii)

1. ZGON UBEZPIECZONEGO

- 1) Odpis skrócony aktu zgonu.
- 2) Dwie strony dowodu osobistego osoby uprawnionej.
- 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 sądownie 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, skrócony odpis aktu urodzenia dziecka).
- 3) Dokumenty, z których wynikają okoliczności i przyczyna zgonu ubezpieczonego (np. karta zgonu, dokumentacja lekarska, wynik sekcji zwłok, dokumenty z prokuratury).
- 4) Dwie strony dowodu osobistego 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) Dwie strony dowodu osobistego osoby uprawnionej.

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) Dwie strony dowodu osobistego osoby uprawnionej.

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 adnotacją „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) Dwie strony dowodu osobistego osoby uprawnionej.

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) Dwie strony dowodu osobistego osoby uprawnionej.
- 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 ojczyrna 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.
- 3) Dwie strony dowodu osobistego osoby uprawnionej.
- 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 ojczyrna lub macochy małżonka/partnera.

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.
- 2) Dwie strony dowodu osobistego uprawnionego.

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. 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).

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.

10. POWAŻNE ZACHOROWANIE U UBEZPIECZONEGO LUB WSPÓLUBEZPIECZONEGO/CHOROBA ŚMIERTELNA

- 1) Dokumentacja lekarska związana z leczeniem i rozpoznaniem poważnego zachorowania/śmiertelnej choroby.
- 2) Wyniki badań 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).

11. TRWAŁE CAŁKOWITE/CZEŚCIOWE INWALIDZTWO/ CAŁKOWITA OKRESOWA LUB TRWAŁA NIEZDOLNOŚĆ DO PRACY/CZASOWA NIEZDOLNOŚĆ DO PRACY UBEZPIECZONEGO LUB WSPÓLUBEZPIECZONEGO/ 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 stwierdzające konieczność powstrzymania się Ubezpieczonego od pracy w celu przeprowadzenia zaleconego leczenia (odbycia urlopu dla poratowania zdrowia), wraz z dokumentacją medyczną, która była podstawą do wydania tego orzeczenia – dla ryzyka niezdolności w zawodzie nauczyciela, w zależności od zapisów OWU.

12. 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

- 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 zawierająca 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 uwzględniająca 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 pobieraniu zasiłku chorobowym w związku z pobytem Ubezpieczonego za zwolnieniu lekarskim wydanym przez szpital – dla ryzyka rehabilitacji poszpitalnej lub L4 po hospitalizacji.

13. ZAKAŻENIE WIRUSEM HIV W WYNIKU WYPADKU PRZY PRACY, DLA PRACOWNIKÓW ZOZ LUB W WYNIKU TRANSFUZJI KRWI

Dokumentacja lekarska związana z leczeniem i rozpoznaniem wirusa HIV w tym wyniki test na obecność wirusa HIV w organizmie.

14. LISTA DODATKOWYCH DOKUMENTÓW NIEZBĘDNYCH W PRZYPADKU ZGŁOSZENIA ROSZCZENIA O WYPŁATE ŚWIADCZENIA ZWIĄZANEGO 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. WSPÓLUBEZPIECZONYM (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.

15. 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 poświadczonych 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 Sądowego albo innego właściwego rejestru lub stosowne pełnomocnictwo.