

nr Twojej polisy

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 **E P 8 3 8 3**

Jeśli polisa została zawarta w zakładzie pracy.

Nazwa ubezpieczającego
(osoba/ firma która zawarła
umowę ubezpieczenia)

STOWARZYSZENIE EMERYTÓW I RENCISTÓW POLICYJNYCH

Data zatrudnienia pracownika

D D - M M - R R R R

data przejścia na
emeryturę/rentę

Data rozwiązywania 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 | ☒ Trwały uszczerbek na zdrowiu w wyniku wypadku |
| ☐ Urodzenie się dziecka z punktacją 1 - 5 w skali APGAR | ☐ Trwały uszczerbek na zdrowiu na skutek zawału serca lub udaru mózgu |
| ☐ Urodzenie się dziecka z wadą wrodzoną | ☐ Poważne zachorowanie |
| ☐ Urodzenie się martwego dziecka | ☒ Pobyt w szpitalu w związku z wypadkiem |
| ☐ Zgon | ☐ Pobyt w szpitalu w związku z chorobą |
| ☐ Zgon w wyniku wypadku | ☐ Pobyt w szpitalu w związku z ciężką wysoką ryzyka |
| ☐ Zgon w wyniku wypadku komunikacyjnego | ☐ Pobyt na oddziale intensywnej terapii |
| ☐ Zgon w wyniku wypadku przy pracy | ☐ L4 po hospitalizacji/Rehabilitacja poszpitalna (rekonwalescencja) |
| ☐ Zgon w wyniku następstwa zawału serca lub udaru mózgu | ☐ Pobyt w sanatorium |
| ☐ Osierocenie dziecka | ☐ Pobyt w szpitalu w związku z zawałem serca |
| ☐ Inwalidztwo | ☐ Pobyt w szpitalu w związku z udarem mózgu |
| ☒ Operacja | ☐ Pobyt w szpitalu w związku z wypadkiem przy pracy |
| ☐ Czasowa niezdolność do pracy w związku z chorobą | ☐ Pobyt w szpitalu w związku z wypadkiem komunikacyjnym |
| ☐ Czasowa niezdolność do pracy w związku z wypadkiem | ☐ Przejęcie opłacania składek |
| ☐ Trwała niezdolność do pracy w związku z chorobą | ☐ Choroba śmiertelna |
| ☐ Trwała niezdolność do pracy w związku z wypadkiem | ☐ INNE (podać jakie) |
| ☐ Niezdolność do pracy | |

wybierz i zaznacz właściwe
zdarzenie (zdarzenia)

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

Imię/Imiona **JAN**
Nazwisko **KOWALSKI**
Data urodzenia: **0 1 - 0 1 - 1 9 5 1** PESEL **5 1 0 1 0 1 1 2 3 4 5**
Stosunek rodziny do ubezpieczonego

V. Dane osoby składającej wniosek (ubezpieczony/uprawniony)

Imię **JAN**
Nazwisko/Nazwa **KOWALSKI**
Data urodzenia: **0 1 - 0 1 - 1 9 5 1** Obywatelstwo **POLSKIE**
Seria i nr dokumentu tożsamości **A A B 1 2 3 4 5 6** PESEL/Nr rejestru (dotyczy podmiotów prawnych) **5 1 0 1 0 1 1 2 3 4 5**
Adres do korespondencji Kraj **POLSKA**
Ulica **KOWALSKIEGO** Nr domu **1 1** Nr lokalu **2**
Kod pocztowy **1 2 - 3 4 5** Miejscowość **WARSZAWA**
Adres e-mail **jan.kowalski@wp.pl** Nr telefonu kontaktowego **6 5 4 1 1 2 2 3 3**

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

W przypadku ryzyka urodzenia dziecka oraz zgon rodziców prosimy wypełnić:

Nazwisko rodowe
Imię matki
Imię ojca

dane ubezpieczonego

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

[illegible]

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	0 2 - 0 2 - 2 0 1 6
Data i konsultacji związanej z zachorowaniem/wypadkiem	D D - M M - R R R R	Nazwa choroby	
Data rozpoznania choroby	D D - M M - R R R R	Miejsce wypadku	Warszawa, ul. Nowaka
Data wypadku	0 2 - 0 2 - 2 0 1 6		
Data przeprowadzenia operacji	0 7 - 0 2 - 2 0 1 6		
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	1 1 - 0 4 - 2 0 1 6		
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	0 2 - 0 2 - 2 0 1 6	do	1 5 - 0 3 - 2 0 1 6
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

wpisz dane dotyczące
zdarzenia

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
	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 <i>(podać dokładnie i wyczerpująco)</i>	Przewróciłem się na śliskim, oblodzonym chodniku
Rodzaj doznanych obrażeń	w wyniku upadku złamałem prawy obojczyk podaj szczegóły

podaj szczegóły zdarzenia

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

D D

- M M

- R R R R R

do

D D

- M M

- R R R R R

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

D D

- M M

- R R R R R

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 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, 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 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.
- 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 ojczyma 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 WSPÓŁUBEZPIECZONEGO/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 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 stwierdzające konieczność powstrzymania się Ubezpieczonego od pracy w celu przeprowadzenia zaleconego leczenia (odbicia 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 pobieranym zasiłku chorobowym w związku z pobytem Ubezpieczonego za zwolnieniem 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 KRWII

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 WYPŁATĘ 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. 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.

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 Sadowego albo innego właściwego rejestru lub stosowne pełnomocnictwo.