

Data i pieczęć jednostki/numer, imię i nazwisko agenta
TUŃ „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 - -

Przed zgłoszeniem roszczenia sprawdź:

- Czy zgłaszane zdarzenie znajduje się w **zakresie ochrony ubezpieczeniowej** na Twojej wnioskopolisie/certyfikacie?
- Czy upłynął okres, w którym Warta udziela ochrony ubezpieczeniowej w ograniczonym zakresie (okres karencji)? Jeżeli okres karencji nie upłynął, należy uzupełnić część wniosku dotyczącą poprzedniego ubezpieczenia (ubezpieczenie grupowe) lub przesłać dokumenty potwierdzające zakres i okres poprzedniego ubezpieczenia.
- Czy posiadasz wszystkie dokumenty potwierdzające wystąpienie zdarzenia – sprawdź zgodnie z listą wymaganych dokumentów?
- Jeżeli masz wątpliwości co do powyższych pytań zadzwoń do Centrum Obsługi Klienta Warty 503 308 308 lub 801 308 308.

II. Zdarzenie ubezpieczeniowe dotyczy:

☐ ubezpieczonego ☐ małżonka/partnera¹⁾ ☐ dziecka ☐ noworodka ☐ rodzica ☐ rodzica małżonka/partnera¹⁾

Jeżeli zaznaczyłeś wariant z 1) uzupełnij odpowiednie oświadczenie w części IV.

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

- | | |
|--|--|
| ☐ Urodzenie się dziecka | ☐ Niezdolność do samodzielnej egzystencji |
| ☐ Urodzenie się dziecka w wyniku ciąży mnogiej | ☐ 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 | ☐ Inwalidztwo |
| ☐ Urodzenie się martwego dziecka | ☐ Poważne zachorowanie |
| ☐ Urodzenie się wnuka | ☐ Pobyt w szpitalu w związku z wypadkiem |
| ☐ Śmierć | ☐ Pobyt w szpitalu w związku z chorobą |
| ☐ Śmierć w wyniku wypadku | ☐ Pobyt w szpitalu w związku z ciężką wysoką ryzyka |
| ☐ Śmierć w wyniku wypadku komunikacyjnego | ☐ Pobyt na oddziale intensywnej terapii |
| ☐ Śmierć w wyniku wypadku przy pracy | ☐ L4 po hospitalizacji/Rehabilitacja poszpitalna (rekonwalescencja) |
| ☐ Śmierć w wyniku następstwa zawału serca lub udaru mózgu | ☐ Pobyt na oddziale rehabilitacyjnym |
| ☐ Śmierć w wyniku choroby nowotworowej | ☐ Pobyt w sanatorium |
| ☐ Osierocenie dziecka | ☐ Pobyt w szpitalu w związku z zawałem serca |
| ☐ Operacja | ☐ Pobyt w szpitalu w związku z udarem mózgu |
| ☐ Czasowa niezdolność do pracy w związku z chorobą | ☐ Pobyt w szpitalu w związku z wypadkiem przy pracy |
| ☐ Czasowa niezdolność do pracy w związku z wypadkiem | ☐ Pobyt w szpitalu w związku z wypadkiem komunikacyjnym |
| ☐ Trwała niezdolność do pracy w związku z chorobą | ☐ Przejęcie opłacania składek |
| ☐ Trwała niezdolność do pracy w związku z wypadkiem | ☐ Choroba śmiertelna |
| ☐ Niezdolność do pracy | ☐ Powikłania operacji |
| ☐ Bezterminowa | ☐ INNE (podać jakie) <input type="text"/> |
| ☐ Na okres powyżej 12 miesięcy | |
| ☐ Na okres 12 miesięcy | |
| ☐ W dotychczasowym zawodzie | |

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

Imię/Imiona

Nazwisko

Data urodzenia: - - PESEL

Stosunek rodzinny (stopień pokrewieństwa, powinowactwa)

- ¹⁾ a) W przypadku Zdarzenia dotyczącego **małżonka/partnera** zaznaczyć właściwe:
oświadczam, że na dzień wystąpienia zdarzenia
☐ pozostają ☐ nie pozostają w związku małżeńskim z małżonkiem/partnerem, którego zdarzenie dotyczy.
- b) W przypadku Zdarzenia **śmierć rodzica małżonka/partnera** zaznaczyć właściwe:
oświadczam, że na dzień wystąpienia zdarzenia
☐ pozostają ☐ nie pozostają w związku małżeńskim z dzieckiem zmarłego współubezpieczonego.
- c) Oświadczam, że po **śmierci mojego małżonka (dziecka zmarłego współubezpieczonego)**:
☐ wstąpiłem/am ☐ nie wstąpiłem/am w kolejny związek małżeński.

V. Dane osoby składającej wniosek (ubezpieczony/uprawniony)

Imię

Nazwisko/Nazwa

Data urodzenia: - - 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 zdarzeń urodzenie dziecka oraz śmierć 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

Data urodzenia: - - 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 - - Przyczyna zgonu

Data i konsultacji związanej z zachorowaniem/wypadkiem - -

Data rozpoznania choroby - - Nazwa choroby

Data wypadku - - Miejsce wypadku

Przedział godzinowy wypadku Województwo, w którym miał miejsce wypadek

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

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 (podać dokładnie i wyczerpująco)	
Szczegóły miejsca i czasu wypadku (godzina, miejscowość, droga krajowa itp.)	
Rodzaj doznanych obrażeń	
Nazwa i adres policji/prokuratury prowadzącej postępowanie oraz numer sprawy. Jeśli został sporządzony protokół/notatka 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

- 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).
- 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).
- 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.
- 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, 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.

9. ☐ Wyrażam zgodę
☐ Nie wyrażam zgody

na zebranie przez Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie WARTA S.A., dalej „TUnŻ” informacji, w tym moich danych osobowych w poniższym zakresie od Towarzystwa Ubezpieczeń i Reasekuracji WARTA S.A., dalej „TUIR” w celu rozpatrzenia wniosku o wypłatę świadczenia wypadkowego – **umożliwi to przyspieszenie procesu zbierania informacji oraz wydania decyzji świadczeniowej**. Dane, jakie TUnŻ zbierze od TUIR to dane pochodzące z notatki policyjnej dot. przebiegu zdarzenia: data zdarzenia, potwierdzenie czy była Pani/Pan uczestnikiem zdarzenia i w jakiej roli, czy była Pani/Pan pod wpływem alkoholu, czy posiadała Pani/Pan uprawnienia do kierowania pojazdem (jeśli kierowca) oraz opis okoliczności zdarzenia.

Zebrane dane będą dołączone do akt postępowania świadczeniowego i ich administratorem będzie TUnŻ, z siedzibą w Warszawie, ul. Chmielna 85/87. Więcej informacji na temat przetwarzania danych osobowych znajduje się w klauzuli informacyjnej udostępnionej podczas zgłaszania wniosku oraz na stronie internetowej www.warta.pl w zakładce „Warto wiedzieć”.

Zgoda jest jednorazowa i dotyczy tylko aktualnie zgłaszanego wniosku o wypłatę świadczenia wypadkowego.

Wyrażenie zgody jest dobrowolne. Zgoda może być cofnięta w każdym czasie poprzez wysłanie zawiadomienia na adres: Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie „WARTA” S.A. z siedzibą w Warszawie, ul. Chmielna 85/87, 00-805 Warszawa („Warta”). Wycofanie zgody nie wpływa na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej wycofaniem.

Miejscowość

DD - MM - RRRRR

Data

Podpis małżonka/
partnera ubezpieczonego*

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

Miejscowość

DD - MM - RRRRR

Data

Podpis uprawnionego/ubezpieczonego*

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 DD - MM - RRRRR do DD - MM - RRRRR

Data wystąpienia z ubezpieczenia (jeżeli jest nadal w ubezpieczeniu prosimy wpisać „nadal”) DD - MM - RRRRR

W przypadku poważnego zachorowania zakres obejmował chorobę _____

Kwota świadczenia z tytułu w/w ryzyka na dzień PLN

/data, pieczęta i podpis osoby upoważnionej/

Warta dba o Pani/Pana dane, dlatego w trosce o ich bezpieczeństwo prosimy o zapoznanie się z klauzulami informacyjnymi dotyczącymi ich przetwarzania.

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 pod podanym adresem 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, a po upływie tego okresu w celach archiwizacyjnych na wypadek zgłoszenia kolejnej szkody lub dodatkowych roszczeń, na podstawie prawnie uzasadnionych interesów realizowanych przez Wartę, przez okres przedawnienia przysługujących Pani/Panu roszczeń. Prawnie uzasadnionym interesem Warty jest obrona przed roszczeniami. 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 – przepisów o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej przez 5 lat, a w przypadku osób fizycznych prowadzących działalność gospodarczą przez 10 lat od zawarcia umowy ubezpieczenia.
- 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, a po tym okresie w celach archiwizacyjnych, na podstawie prawnie uzasadnionych interesów realizowanych przez Wartę. 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 wskazany w tych przepisach, przedłużony o okres dochodzenia roszczeń. Jeżeli wyraził(a) Pani/Pan zgodę na przetwarzanie danych osobowych, ma Pani/Pan prawo do jej cofnięcia w dowodnym momencie. 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 danych osobowych, 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 uprawniona 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 poprzez kontakt z Wartą przez jej agenta, infolinię lub wysłanie wiadomości na adres e-mail: IOD@warta.pl.

Odbiorcami Pani/Pana danych osobowych mogą być: inne zakłady ubezpieczeń lub inne zakłady reasekuracji, Komisja Nadzoru Finansowego, 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 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.: 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. ŚMIERĆ 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. ŚMIERĆ UBEZPIECZONEGO W WYNIKU CHOROBY NOWOTWOROWEJ/ZAWAŁU SERCA/UDARU MÓZGU

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

3. OSIEROCENIE DZIECKA

- 1) Odpis skrócony aktu zgonu ubezpieczonego.
- 2) Dokument stwierdzający tożsamość uprawnionego dziecka (np. dowód osobisty w przypadku dziecka pełnoletniego).
- 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.

4. ŚMIERĆ 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.

5. ŚMIERĆ 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.

6. ŚMIERĆ 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 informację, w którym tygodniu ciąży nastąpił zgon noworodka - w przypadku noworodka poczętego lecz nienarodzonego.

7. ŚMIERĆ 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.

8. ŚMIERĆ 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) 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.
- 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

9. URODZENIE SIĘ DZIECKA /URODZENIE SIĘ DZIECKA ZE SKALĄ APGAR 1-5 pkt/URODZENIE SIĘ DZIECKA Z WADĄ WRODZONĄ/ URODZENIE SIĘ DZIECKA WYMAGAJĄCEGO LECZENIA/URODZENIE SIĘ MARTWEGO DZIECKA

- 1) Odpis skrócony aktu urodzenia.
- 2) Dwie strony dowodu osobistego osoby uprawnionej.

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.

10. 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) Dwie strony dowodu osobistego osoby uprawnionej.

11. 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) Dwie strony dowodu osobistego osoby uprawnionej.

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.

12. POWAŻNE ZACHOROWANIE U UBEZPIECZONEGO LUB WSPÓLUUBEZPIECZONEGO/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).
- 3) Dwie strony dowodu osobistego osoby uprawnionej.

13. TRWAŁE CAŁKOWITE/CZEŚCIOWE INWALIDZTWO/ CAŁKOWITA OKRESOWA LUB TRWAŁA NIEZDOLNOŚĆ DO PRACY/CZASOWA NIEZDOLNOŚĆ DO PRACY UBEZPIECZONEGO LUB WSPÓLUUBEZPIECZONEGO/ 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 medyczną, która była podstawą do wydania tego orzeczenia – dla ryzyka niezdolności w zawodzie nauczyciela, w zależności od zapisów OWU.
- 5) Dwie strony dowodu osobistego osoby uprawnionej.
- 6) Orzeczenie lekarskie stwierdzające niezdolność do samodzielnej egzystencji.

14. 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/POBYT NA ODDZIALE REHABILITACYJNYM

- 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 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.
- 6) Dwie strony dowodu osobistego osoby uprawnionej.

15. 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).

16. POWIKŁANIA OPERACJI

- 1) Dwie strony dowodu osobistego osoby uprawnionej.
- 2) Dokumentacja medyczna, potwierdzająca wykonaną operację.

17. LISTA DODATKOWYCH DOKUMENTÓW NIEZBĘDNYCH W PRZYPADKU ZGŁOSZENIA ROSZCZENIA O WYPŁATĘ ŚWIADCZENIA ZWIĄZANEGO Z:

A. 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. WSPÓLUUBEZPIECZONYM (MAŁŻONKIEM, PARTNEREM, DZIECKIEM):

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

18. 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.