Załącznik nr 4 do umowy ubezpieczenia ….. z dnia ….r.

**ZGŁOSZENIE ROSZCZENIA O WYPŁATĘ ŚWIADCZENIA Z TYTUŁU**

**NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU**

**LUB**

**KRÓTKOTRWAŁEJ NIEZDOLNOŚCI UBEZPIECZONEGO DO PRACY**

1. Ubezpieczający: POLISA GRUPOWA

|  |
| --- |
| **WYPEŁNIA UBEZPIECZONY****PROSIMY O DOKŁADNE WYPEŁNIENIE WSZYSTKICH WYMAGANYCH PUNKTÓW** |

1. Numer polisy:
2. Ubezpieczony:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(imię nazwisko, adres pocztowy, data urodzenia, adres e-mail, telefon)*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Okres niezdolności do pracy (od - do):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
2. Placówka medyczna, w której lekarz wydał zaświadczenie o niezdolności do pracy (ZUS ZLA):
	* Nazwa: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
	* Adres: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
3. Przyczyna krótkotrwałej niezdolności do pracy (***zakreślić właściwe „x” i wypełnić***):
* **Choroba**
	+ Data zdiagnozowania choroby: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
	+ Nazwa jednostki chorobowej: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* + Czy z powodu ww. choroby było prowadzone leczenie przed przystąpieniem do ubezpieczenia? \_\_\_
	+ Czy Ubezpieczony przebywał w szpitalu? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* **Opieka nad dzieckiem**:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(imię nazwisko dziecka, data urodzenia)*

z powodu:

* choroby dziecka,
* inny - podać powód opieki nad dzieckiem:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* **Opieka nad członkiem rodziny**:
	+ Imię i nazwisko członka rodziny:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
	+ Stopień pokrewieństwa: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Oświadczam, że: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 *(imię i nazwisko osoby pozostającej pod opieką)*

* pozostaje na moim wychowaniu i utrzymaniu,
* pozostaje ze mną we wspólnym gospodarstwie domowym
* **Nieszczęśliwy wypadek:**
	+ Data i miejsce wypadku: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
	+ Rodzaj nieszczęśliwego wypadku (*zakreślić właściwe „x”*):
* komunikacyjny:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(*numer i kategoria prawa jazdy, jeżeli Ubezpieczony był kierowcą pojazdu)*

* podczas wykonywania obowiązków służbowych,
* w drodze do miejsca pełnienia służby lub w drodze powrotnej ze służby,
* podczas uprawiania sportu: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(nazwa dyscypliny sportu, nazwa i adres klubu sportowego w przypadku wyczynowego uprawiania sportu)*

* inne: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(jaki)*

* + Opis okoliczności wypadku \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* + Proszę wymienić doznane urazy:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* + Czy Ubezpieczony przebywał w szpitalu? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
	+ Nazwa i adres placówki medycznej, która udzieliła pierwszej pomocy po wypadku: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
	+ Czy Ubezpieczony był pod wpływem alkoholu, narkotyków lub środków o podobnym działaniu: \_\_\_\_\_
	+ Czy w związku z wypadkiem jest prowadzone postępowanie: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(adres jednostki policji, prokuratury bądź sądu wraz z numerem sprawy)*

1. Dyspozycja wypłaty:

Proszę o wypłatę świadczenia na rachunek bankowy nr:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

 **PROSIMY O DOKŁADNE WYPEŁNIENIE WSZYSTKICH WYMAGANYCH PUNKTÓW**

1. Załączono dokumenty (❑ - właściwe zaznaczyć „x”):
* **w przypadku krótkotrwałej niezdolności do pracy z powodu choroby:**
* kopię dowodu osobistego Ubezpieczonego
* kopię zaświadczenia lekarskiego (ZUS ZLA) potwierdzoną za zgodność z oryginałem przez pracodawcę (lub z adnotacją pracodawcy o jego wpłynięciu do pracodawcy) albo potwierdzonego za zgodność z oryginałem przez placówkę medyczną/lekarza, który wystawił zwolnienie
* dokumentację medyczną z leczenia w związku z chorobą (leczenia ambulatoryjnego, kart informacyjnych leczenia szpitalnego),
* inne dokumenty: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* **w przypadku krótkotrwałej niezdolności do pracy z powodu wypadku:**
* kopię dowodu osobistego Ubezpieczonego
* kopię zaświadczenia lekarskiego (ZUS ZLA) potwierdzoną za zgodność z oryginałem przez pracodawcę (lub z adnotacją pracodawcy o jego wpłynięciu do pracodawcy) albo potwierdzonego za zgodność z oryginałem przez placówkę medyczną/lekarza, który wystawił zwolnienie,
* dokumentację medyczną z leczenia w związku z wypadkiem (w tym udzielenia pierwszej pomocy po wypadku, leczenia ambulatoryjnego, kart informacyjnych leczenia szpitalnego),
* kopię protokołu wypadku pozostającego w związku z pełnieniem służby lub wypadku w drodze do miejsca pełnienia służby lub w drodze powrotnej ze służby,
* kopię dokumentacji z postępowania organów dochodzeniowych, dotyczącą zdarzenia,
* kopię prawa jazdy Ubezpieczonego (lub odpowiednich uprawnień) oraz dowodu rejestracyjnego pojazdu mechanicznego (w przypadku wypadku komunikacyjnego),
* inne dokumenty: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* **w przypadku krótkotrwałej niezdolności do pracy z powodu opieki nad dzieckiem:**
* kopię dowodu osobistego Ubezpieczonego
* kopię zaświadczenia lekarskiego (ZUS ZLA) potwierdzoną za zgodność z oryginałem przez pracodawcę (lub z adnotacją pracodawcy o jego wpłynięciu do pracodawcy) albo potwierdzonego za zgodność z oryginałem przez placówkę medyczną/lekarza, który wystawił zwolnienie,
* zaświadczenie z placówki oświatowej potwierdzające zamknięcie żłobka / przedszkola / szkoły,
* inne dokumenty: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* **w przypadku krótkotrwałej niezdolności do pracy z powodu opieki nad członkiem rodziny:**
* kopię dowodu osobistego Ubezpieczonego
* kopię zaświadczenia lekarskiego (ZUS ZLA) potwierdzoną za zgodność z oryginałem przez pracodawcę (lub z adnotacją pracodawcy o jego wpłynięciu do pracodawcy) albo potwierdzonego za zgodność z oryginałem przez placówkę medyczną/lekarza, który wystawił zwolnienie,
* inne dokumenty: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*Oświadczenia:*

1. *Wyrażam zgodę na występowanie* Towarzystwa Ubezpieczeń i Reasekuracji „WARTA” S.A**.** *do podmiotów wykonujących działalność leczniczą, które udzielały lub będą udzielać mi świadczeń zdrowotnych z wnioskami o przekazanie informacji o stanie zdrowia, niezbędnych do ustalenia prawa do świadczenia z zawartej umowy ubezpieczenia.*
2. *Ja, niżej podpisany wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych, podanych dobrowolnie przeze mnie lub osoby trzecie, przez* Towarzystwo Ubezpieczeń i Reasekuracji „WARTA” S.A**.** *do celów związanych z wykonywaniem umowy ubezpieczenia.*
3. *Powyższych informacji udzielono zgodnie z prawdą i według najlepszej wiedzy.*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*(miejscowość, data)* |  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*(podpis Ubezpieczonego)* |