

**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)

3. Okres niezdolności do pracy (od - do): _____

4. Placówka medyczna, w której lekarz wydał zaświadczenie o niezdolności do pracy (ZUS ZLA):

- Nazwa: _____
- Adres: _____

5. 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)

6. Dyspozycja wypłaty:

Proszę o wypłatę świadczenia na rachunek bankowy nr:

□□	□□□□	□□□□	□□□□	□□□□□	□□□□	□□□□□
----	------	------	------	-------	------	-------

PROSIMY O DOKŁADNE WYPEŁNIENIE WSZYSTKICH WYMAGANYCH PUNKTÓW

7. Załączono dokumenty (- właściwe zaznaczyć „x”):

→ w przypadku krótkotrwalej 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.*

(miejsowość, data)

(podpis Ubezpieczonego)