



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) <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Niezdolność do pracy	

Bezterminowa  
 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 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**

Czy w przeszłości cierpiał Pan/Pani/współubezpieczony lub był/a Pan/Pani/współubezpieczony leczony/a z powodu podobnego zachorowania?	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> 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>	
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
<b>Dane lekarza/y lub placówki/ek medycznej/ych, którzy udzielili pierwszej pomocy medycznej bezpośrednio po wypadku i leczyli w późniejszym okresie</b>	
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., będące 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.

\_\_\_\_\_   
 Miejscowość

| D | D | - | M | M | - | R | R | R | R | R |   
 Data

\_\_\_\_\_   
 Podpis małżonka/  
 partnera ubezpieczonego\*

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

\_\_\_\_\_   
 Miejscowość

| D | D | - | M | M | - | R | R | R | R | R |   
 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)**

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 | D | D | - | M | M | - | R | R | R | R | do | D | D | - | M | M | - | R | R | R | R |

Data wystąpienia z ubezpieczenia (jeżeli jest nadal w ubezpieczeniu prosimy wpisać „nadal”) | D | D | - | M | M | - | 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 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 pobieraniem 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 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 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 Sadowego albo innego właściwego rejestru lub stosowne pełnomocnictwo.