

Data i pieczęć jednostki/numer,
imię i nazwisko agenta TUnŻ „WARTA” S.A.
przyjmującego wniosek

WNIOSEK O WYPŁATĘ ŚWIADCZENIA

Wniosek wraz z niezbędnymi dokumentami wyślij na adres: TUnŻ „WARTA” S.A. skrytka pocztowa 1013, 00-950 Warszawa 1
lub zgłoś roszczenie za pośrednictwem strony internetowej: <https://www.warta.pl/pomoc-i-obsluga/zgloszenie-szkody/formularz-zycie/insured-data>
(wygodnie wprowadzisz niezbędne informacje, a Twój wniosek szybciej do nas dotrze).

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											
[D] [D] - [M] [M] - [R] [R] [R] [R]											
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 przestać 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 502 308 308 (opłata za połączenie według taryfy operatora).											
II. Zdarzenie ubezpieczeniowe dotyczy:											
☐ ubezpieczonego ☐ małżonka/partnera ¹⁾ ☐ dziecka ☐ noworodka ☐ rodzica ☐ rodzica małżonka/partnera ¹⁾											
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 ☐ Urodzenie się dziecka w wyniku ciąży mnogiej ☐ Urodzenie się dziecka z punktacją 1 – 5 w skali APGAR ☐ Urodzenie się dziecka z wadą wrodzoną ☐ Urodzenie się martwego dziecka ☐ Urodzenie się wnuka ☐ Śmierć ☐ Śmierć w wyniku wypadku ☐ Śmierć w wyniku wypadku komunikacyjnego ☐ Śmierć w wyniku wypadku przy pracy ☐ Śmierć w wyniku następstwa zawału serca lub udaru mózgu ☐ Śmierć w wyniku choroby nowotworowej ☐ Osierocenie dziecka ☐ Operacja ☐ Czasowa niezdolność do pracy w związku z chorobą ☐ Czasowa niezdolność do pracy w związku z wypadkiem ☐ Trwała niezdolność do pracy w związku z chorobą ☐ Trwała niezdolność do pracy w związku z wypadkiem ☐ Niezdolność do pracy ☐ Niezdolność do samodzielnej egzystencji ☐ Trwały uszczerbek na zdrowiu w wyniku wypadku ☐ Trwały uszczerbek na zdrowiu na skutek zawału serca lub udaru mózgu ☐ Inwalidztwo ☐ Poważne zachorowanie ☐ Pobyt w szpitalu w związku z wypadkiem ☐ Pobyt w szpitalu w związku z chorobą ☐ Pobyt w szpitalu w związku z ciężką wysokim ryzyka ☐ Pobyt na oddziale intensywnej terapii ☐ L4 po hospitalizacji/Rehabilitacja poszpitalna (rekonwalescencja) ☐ Pobyt na oddziale rehabilitacyjnym ☐ Pobyt w sanatorium ☐ Pobyt w szpitalu w związku z zawałem serca ☐ Pobyt w szpitalu w związku z udarem mózgu ☐ Pobyt w szpitalu w związku z wypadkiem przy pracy ☐ Pobyt w szpitalu w związku z wypadkiem komunikacyjnym ☐ Przejęcie opłacania składek ☐ Choroba śmiertelna ☐ Powikłania operacji ☐ INNE (podać jakie)											
IV. Dane osoby, której dotyczy zdarzenie (ubezpieczony, małżonek/partner, dziecko, rodzic, rodzic małżonka/partnera)											
Imię/Imiona											
Nazwisko											
Data urodzenia: [D] [D] - [M] [M] - [R] [R] [R] [R] PESEL											
Stosunek rodzinny (stopień pokrewieństwa, powinowactwa)											
¹⁾ a) W przypadku Zdarzenia dotyczącego małżonka/partnera zaznaczyć właściwe: oświadczam, że na dzień wystąpienia zdarzenia ☐ pozostaję ☐ nie pozostaję w związku z małżonkiem/partnerem, którego zdarzenie dotyczy.											
b) W przypadku Zdarzenia śmierć rodzica małżonka/partnera zaznaczyć właściwe: oświadczam, że na dzień wystąpienia zdarzenia ☐ pozostaję ☐ nie pozostaję w związku małżeńskim/partnerskim z dzieckiem zmarłego.											
c) Oświadczam, że po śmierci mojego małżonka (dziecka zmarłego) : ☐ 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

1. Wyrażam zgodę na występowanie przez Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie „WARTA” S.A. z siedzibą w Warszawie, przy rondzie I. Daszyńskiego 1, 00-843 Warszawa, 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).
2. 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).
3. 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 zagranicę.
4. Przyjmuję do wiadomości, że:
 - opinia Komisji Lekarskiej zostanie wydana po zakończeniu leczenia, okresie rehabilitacji
 - rozpatrzenie roszczenia nastąpi po wydaniu opinii Komisji Lekarskiej.
5. Przyjmuję do wiadomości, że:
 - stopień uszczerbku na zdrowiu dziecka ustalony zostanie po zakończeniu leczenia, okresie rehabilitacji.
6. 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.
7. Wyrażam zgodę na prowadzenie ze mną korespondencji w sprawie złożonego wniosku o wypłatę świadczenia za pośrednictwem podanego przeze mnie adresu e-mail.
8. Reklamacje mogą być składane do WARTY:
 - 1) na piśmie w postaci papierowej: na adres skrytka pocztowa 1013, 00-950 Warszawa 1 albo doręczone osobiście w każdej jednostce WARTY obsługującej klientów,
 - 2) na piśmie w postaci elektronicznej: na adres do doręczeń elektronicznych AE:PL-43731-69770-HRJA1-14 albo za pomocą formularza na stronie www.warta.pl/reklamacje,
 - 3) ustnie: telefonicznie pod numerem 502 308 308 (koszt połączenia zgodnie z taryfą operatora) albo do protokołu w każdej jednostce WARTY obsługującej klientów.
9. WARTA rozpatrzy reklamację w terminie 30 dni od daty wpływu i udzieli odpowiedzi na piśmie: listem w postaci papierowej lub pocztą elektroniczną w postaci elektronicznej – w zależności od sposobu zgłoszenia reklamacji lub wyboru składającego reklamację. W przypadku złożenia reklamacji przez klienta na adres do doręczeń elektronicznych, WARTA udzieli odpowiedzi elektronicznie na adres do doręczeń elektronicznych klienta. W szczególnie skomplikowanych przypadkach termin na udzielenie odpowiedzi może zostać przedłużony do 60 dni, o czym wnoszący reklamację zostanie uprzednio powiadomiony.
10. Organem właściwym do rozpatrzenia reklamacji jest jednostka organizacyjna WARTY wyznaczona przez Zarząd TUnŻ „WARTA” S.A.
11. Podmiotami uprawnionymi do pozasądowego rozpatrywania sporów są:
 - 1) Sąd Polubowny przy Komisji Nadzoru Finansowego (strona www.knf.gov.pl),
 - 2) Rzecznik Finansowy (strona www.rf.gov.pl).
12. ☐ 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, przy rondzie I. Daszyńskiego 1, 00-843 Warszawa. 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, przy rondzie I. Daszyńskiego 1, 00-843 Warszawa („Warta”). Wycofanie zgody nie wpływa na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej wycofaniem.

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

Zaświadczam, że Pan/Pani

nrPESEL 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, pieczęć i podpis osoby upoważnionej/



KLAUZULA DOTYCZĄCA PRZETWARZANIA DANYCH OSOBOWYCH

INFORMACJA ADMINISTRATORA DANYCH OSOBOWYCH

Warta dba o Pani/Pana dane, dlatego w trosce o ich bezpieczeństwo prosimy o zapoznanie się z klauzulą informacyjną dotyczącą ich przetwarzania.

ADMINISTRATOR I DANE KONTAKTOWE	Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie „WARTA” S.A. z siedzibą w Warszawie, przy rondzie I. Daszyńskiego 1, 00-843 Warszawa („Warta”). Z administratorem można się kontaktować pisemnie pod adresem siedziby lub w sposób podany na stronie www.warta.pl .
CEL, PODSTAWA PRAWNA I OKRES PRZETWARZANIA DANYCH	Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane przez Wartę w celu: - 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, 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. Prawn timer 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 pozyskane podczas obsługi świadczenia lub wykupu; - zapobiegania i wykrywania przestępczości – na podstawie przepisów o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej przez 5 lat, a w przypadku osób fizycznych prowadzących działalność gospodarczą przez 10 lat od zawarcia umowy ubezpieczenia; - 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. Prawn timer uzasadnionym interesem jest kontrola prawidłowości prowadzenia tych postępowań; - wypłacalności i rezerw techniczno-ubezpieczeniowych na potrzeby 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 dochodzeniem przez Panią/Pana roszczeń; - rachunkowym, 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 dowolnym 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”.
DO CZEGO PRZYSŁUGUJE PANI/PANU PRAWO	Przysługuje Pani/Panu prawo do: - 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); - 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 przez Wartę na potrzeby marketingu bezpośredniego; - wniesienia skargi do organu nadzoru w zakresie danych osobowych (jest nim Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych). Realizując prawo dostępu do danych, jest Pani/Pan uprawniona(-ny) 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(-ny) 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(-ny) 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(-ny) 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(-ny) 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 wykaze 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 Pani/Panu 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.
ODBIORCY DANYCH	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.
INNE ŹRÓDŁA POZYSKIWANIA DANYCH	Warta zbiera dane od podmiotów zewnętrznych, tj.: innych zakładów ubezpieczeń (w zakresie zgłoszonych zdarzeń), placówek medycznych (w zakresie informacji o stanie zdrowia, o ile została wyrażona zgoda), dostawców usług assistance (w zakresie przebiegu i rezultatów wykonanych usług) oraz innych podmiotów (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.).

DOKUMENT TOŻSAMOŚCI UPRAWNIONEGO – pełna kopia dowodu osobistego lub paszport lub karta pobytu w przypadku cudzoziemców.

1. ŚMIERĆ UBEZPIECZONEGO

- 1) Odpis skrócony aktu zgonu.
- 2) Kopia dokumentu tożsamości 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) Odpis skrócony aktu zgonu.
- 2) Kopia dokumentu tożsamości osoby uprawnionej.
- 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) Kopia dokumentu tożsamości osoby uprawnionej.
- 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) Kopia dokumentu 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.
- Kopia dokumentu tożsamości opiekuna prawnego – w przypadku dziecka niepełnoletniego.

4. ŚMIERĆ MAŁŻONKA/PARTNERA UBEZPIECZONEGO

- 1) Odpis skrócony aktu zgonu.
- 2) Kopia dokumentu tożsamości osoby uprawnionej.
- 3) Dokumenty, z których wynikają okoliczności i przyczyna zgonu (np. karta zgonu, dokumentacja lekarska, wynik sekcji zwłok, dokumenty z prokuratury).

5. ŚMIERĆ DZIECKA

- 1) Odpis skrócony aktu zgonu.
- 2) Kopia dokumentu tożsamości osoby uprawnionej.
- 3) 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.

6. ŚMIERĆ NOWORODKA

- 1) Odpis skrócony aktu zgonu noworodka – w przypadku noworodka, który przyszedł na świat żywy i nie ukończył 1 roku życia.
- 2) Kopia dokumentu tożsamości osoby uprawnionej.
- 3) Odpis skrócony aktu urodzenia z adnotacją „dziecko martwo urodzone” – w przypadku noworodka poczętego lecz nienarodzonego.
- 4) 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.

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) Kopia dokumentu tożsamości 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) Kopia dokumentu tożsamości osoby uprawnionej.
- 3) Dokument wskazujący pokrewieństwo z osobą zmarłą – w przypadku małżonka: akt małżeństwa, a w przypadku Partnera: akt urodzenia Partnera.
- 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

- 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) Kopia dokumentu tożsamości 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) Kopia dokumentu tożsamości osoby uprawnionej.
- 3) Odpis skrócony aktu urodzenia rodzica wnuka lub odpis skrócony aktu małżeństwa rodziców wnuka.
- 4) Postanowienie sądu o przysposobieniu wnuka przez dziecko ubezpieczonego (jeżeli dotyczy).

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) Kopia dokumentu tożsamości 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 WSPÓŁUBEZPIECZONEGO/CHOROBA ŚMIERTELNA

- 1) Dokumentacja lekarska związana z leczeniem i rozpoznaniem poważnego zachorowania/śmiertelnej choroby.
- 2) Kopia dokumentu tożsamości osoby uprawnionej.
- 3) 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).

13. TRWAŁE CAŁKOWITE/CZĘŚCIOWE 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) Kopia dokumentu tożsamości osoby uprawnionej.
- 3) Zwolnienia lekarskie oraz zaświadczenie macierzystego zakładu pracy stwierdzające przez jaki czas uprawniony korzystał ze zwolnienia lekarskiego.
- 4) Dokument o przyznaniu renty zgodnie z zapisami OWU/orzeczenie lekarza stwierdzające całkowite lub częściowe inwalidztwo, niezdolność do pracy.
- 5) Orzeczenie lekarza orzekającego stwierdzającego 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.
- 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) Kopia dokumentu tożsamości osoby uprawnionej.
- 3) 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.
- 4) Karta informacyjna leczenia szpitalnego uwzględniająca okres pobytu na OIOM/OIOK/OIT z datą przyjęcia i wypisu dla ryzyka pobytu na OIOM.
- 5) 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.
- 6) Zwolnienie lekarskie wydane przez szpital lub zaświadczenie wydane przez Ubezpieczającego o pobieranym zasiłku chorobowym w związku z pobytem Ubezpieczonego za zwolnieniu lekarskim wydanym przez szpital – dla ryzyka rehabilitacji poszpitalnej lub L4 po hospitalizacji.

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) Kopia dokumentu tożsamości osoby uprawnionej.

16. POWIKŁANIA OPERACJI

- 1) Dokumentacja medyczna, potwierdzająca wykonaną operację.
- 2) Kopia dokumentu tożsamości osoby uprawnionej.

17. 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) 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 – 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 Sądowego albo innego właściwego rejestru lub stosowne pełnomocnictwo.