warta.

Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie "WARTA" S.A.

Data i pieczęć jednostki/agenta TUnŻ „WARTA" S.A. przyjmującego wniosek

WNIOSEK O WYPŁATĘ ŚWIADCZENIA Z TYTUŁU POBYTU W SZPITALU - dodatkowe ryzyka związane z pobytem w szpitalu

Numer Świadczenia

WYPEŁNIA UBEZPIECZONY

I. Dane ubezpieczonego

Seria polisy ____ Numer polisy ____

Nazwisko ubezpieczonego: ____

Imię ubezpieczonego: ____

Data urodzenia: D D - M M - R R R R Obywatelstwo ____

Seria i nr dokumentu tożsamości ____ PESEL ____

Adres do korespondencji Kod pocztowy ___ - ___ Poczta ____

Ulica ____ Nr domu ____ Nr lokalu ____

Miejscowość ____ Nr telefonu ____

Adres e-mail ____

(Uwaga: podanie adresu e-mail przyspieszy ewentualną korespondencję w sprawie wniosku)

II. Wniosek dotyczy pobytu w szpitalu:

☐ Ubezpieczonego ☐ Małżonka ☐ Partnera

Wnioskuję o wypłatę świadczenia z tytułu:

☐ Pobytu w szpitalu w związku z zawałem serca — data zawału: D D - M M - R R R R

☐ Pobytu w szpitalu w związku z udarem mózgu — data udaru: D D - M M - R R R R

☐ Pobytu w szpitalu w związku z wypadkiem przy pracy — data wypadku: D D - M M - R R R R

☐ Pobytu w szpitalu w związku z wypadkiem komunikacyjnym — data wypadku: D D - M M - R R R R

☐ Rehabilitacji poszpitalnej

IIa. Dane współubezpieczonego (małżonka, partnera)

(wypełnić, jeżeli wniosek dotyczy pobytu w szpitalu współubezpieczonego tj. małżonka, partnera)

Nazwisko: ____

Imię: ____

Data urodzenia: D D - M M - R R R R PESEL ____

WYPEŁNIA UBEZPIECZONY ALBO WSPÓŁUBEZPIECZONY (OSOBA, KTÓRA PRZEBYWAŁA W SZPITALU)

III. Dane dotyczące choroby

(wypełnić, jeśli pobyt w szpitalu związany był z chorobą)

Okres pobytu w szpitalu: od dnia D D - M M - R R R R do dnia D D - M M - R R R R

Okres na jaki szpital wystawił zwolnienie lekarskie: od dnia D D - M M - R R R R do dnia D D - M M - R R R R

Data pierwszej konsultacji związanej z zachorowaniem: D D - M M - R R R R

Data rozpoznania choroby: D D - M M - R R R R

Nazwa choroby: ____