

Data i pieczęć jednostki/agenta
TUŃ „WARTA” S.A. przyjmującego wniosek

WNIOSEK O WYPŁATĘ ŚWIADCZENIA Z TYTUŁU CZASOWEJ NIEZDOLNOŚCI DO PRACY/ NIEZDOLNOŚCI DO SAMODZIELNEJ EGZYSTENCJI

Numer Świadczenia

WYPEŁNIA UBEZPIECZONY

I. Dane ubezpieczonego

Serial polisy	<input type="text"/>	Numer polisy	<input type="text"/>
Nazwisko ubezpieczonego:	<input type="text"/>		
Imię ubezpieczonego:	<input type="text"/>		
Data urodzenia:	<input type="text"/> DD - <input type="text"/> MM - <input type="text"/> RRRR	Obywatelstwo	<input type="text"/>
Serial i nr dokumentu tożsamości	<input type="text"/>	PESEL	<input type="text"/>
Adres do korespondencji	Kod pocztowy <input type="text"/>	Poczta	<input type="text"/>
Ulica	<input type="text"/>	Nr domu	<input type="text"/>
		Nr lokalu	<input type="text"/>
Miejscowość	<input type="text"/>	Nr telefonu	<input type="text"/>
Adres e-mail	<input type="text"/>		

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

II. Wnioskuje o wypłatę świadczenia z tytułu:

- Niezdolności do pracy spowodowanej chorobą
 Niezdolności do pracy spowodowanej wypadkiem
 Niezdolności do samodzielnej egzystencji

III. Dane dotyczące choroby

(wypełnić, jeśli niezdolność do pracy/samodzielnej egzystencji związana jest z chorobą)

Okres niezdolności do pracy: od dnia DD - MM - RRRR do dnia DD - MM - RRRR

Data pierwszej konsultacji związanej z zachorowaniem: DD - MM - RRRR

Data rozpoznania choroby: DD - MM - RRRR

Nazwa choroby:

Czy w przeszłości cierpiały Pan/i lub był/a Pan/i leczony/a z powodu podobnego zachorowania?	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
	Proszę podać szczegóły:	