warta.

Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie "WARTA" S.A.

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

WNIOSEK O WYPŁATĘ ŚWIADCZENIA Z TYTUŁU POBYTU 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 kontaktowego ___

Adres e-mail ___ Kraj ___

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

II. Wniosek dotyczy pobytu w szpitalu:

☐ Ubezpieczonego ☐ Małżonka ☐ Partnera ☐ Dziecka

Wnioskuję o wypłatę świadczenia z tytułu:

☐ Pobytu w szpitalu w związku z chorobą

☐ Pobytu w szpitalu w związku z wypadkiem

III. Dane współubezpieczonego (małżonka, partnera, dziecka)

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

Nazwisko współubezpieczonego: ___

Imię współubezpieczonego: ___

Data urodzenia: D D - M M - R R R R

PESEL ___

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

IV. 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

W tym na oddziale intensywnej opieki medycznej - OIOM (wypełnić tylko w przypadku jeżeli umowa ubezpieczenia obejmuje ryzyko pobytu na OIOM):

od dnia D D - M M - R R R R do dnia D D - M M - R R R R

Czy pobyt w szpitalu związany był z ciążą wysokiego ryzyka: ☐ TAK ☐ NIE

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: ___