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

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 D D – M M – R R R R

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 przesłać 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 następstwie 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
  - ☐ Bezterminowa
  - ☐ Na okres powyżej 12 miesięcy
  - ☐ Na okres 12 miesięcy
  - ☐ W dotychczasowym zawodzie
- ☐ 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 ciążą wysokiego 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: D D – M M – R R R R

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: D D – M M – R R R R

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 D D – M M – R R R R

Przyczyna zgonu

Data I konsultacji związanej z zachorowaniem/wypadkiem D D – M M – R R R R

Data rozpoznania choroby D D – M M – R R R R

Nazwa choroby

Data wypadku D D – M M – R R R R

Miejsce wypadku

Przedział godzinowy wypadku

Województwo, w którym miał miejsce wypadek

Data przeprowadzenia operacji D D – M M – R R R R

Okres czasowej niezdolności do pracy od D D – M M – R R R R do D D – M M – R R R R

Data zakończenia leczenia i rehabilitacji D D – M M – R R R R

Data pobytu na OIOM od D D – M M – R R R R do D D – M M – R R R R

Data pobytu w szpitalu od D D – M M – R R R R do D D – M M – R R R R

Data pobytu w szpitalu od D D – M M – R R R R do D D – M M – R R R R

Data pobytu w szpitalu od D D – M M – R R R R do D D – M M – R R R R

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: [redacted]

☐ Przekazem pocztowym na adres: [redacted]

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: [redacted]

Adres (ulica, numery, miejscowość, kraj) [redacted]

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 za granicę.
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. Realizując ustawowy obowiązek informacyjny informujemy, że skargi, zażalenia, reklamacje mogą być składane do Towarzystwa przez stronę internetową **www.warta.pl/reklamacje**, telefonicznie pod nr 502 308 308 (opłata za połączenie według taryfy operatora), w każdej jednostce TUnŻ „WARTA" S.A. na piśmie doręczonym osobiście lub w formie ustnej do protokołu, na piśmie na adres: skr. pocztowa 1013, 00-950 Warszawa 1. Rozpatrzymy skargę, zażalenie, reklamację w terminie 30 dni od daty wpływu i odpowiemy na piśmie przesyłką listową lub elektronicznie. W szczególnie skomplikowanych przypadkach termin na udzielenie odpowiedzi może zostać przedłużony do 60 dni, o czym uprzednio powiadomimy. Organem właściwym do rozpatrzenia skargi, zażalenia, reklamacji jest jednostka organizacyjna wyznaczona przez Zarząd TUnŻ „WARTA" S.A.
9. ☐ 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 przyśpieszenie 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 D D – M M – R R R R _____ Podpis małżonka/ partnera ubezpieczonego*

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

Miejscowość _____ Data D D – M M – R R R R _____ 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)

Zaświadcza się, że Pan/Pani .....

nr PESEL ..... był/a ubezpieczony/a w ramach umowy ubezpieczenia grupowego na poniższych zasadach:

Nazwa poprzedniego ubezpieczyciela [redacted]

Numer polisy [redacted]

Nazwa poprzedniego ubezpieczającego [redacted]

Ryzyko [redacted]

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, pieczątka 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:**
	1) 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. Prawnie 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 procesu obsługi świadczenia lub wykupu;
	2) 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;
	3) 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. Prawnie uzasadnionym interesem jest kontrola prawidłowości prowadzenia tych postępowań;
	4) 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 dochodzonym przez Panią/Pana roszczeniem;
	5) 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 dowodnym 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:**
	a) 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);
	b) 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;
	c) 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 wykaże 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 informacje, 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 SKALA 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/CZEŚCIOWE 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 (odbycia urlopu dla poratowania zdrowia), wraz z dokumentacją medyczna, która była podstawa 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 zawierającą 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 uwzględniającą 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) Zwolnienia 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 poświadczonej 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.