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 ZGONU MAŁŻONKA, PARTNERA, DZIECKA, NOWORODKA UBEZPIECZONEGO

Numer Świadczenia

WYPEŁNIA UBEZPIECZONY

I. Wniosek dotyczy zgonu:

☐ Małżonka ☐ Partnera ☐ Dziecka ☐ Noworodka

Wnioskuję o wypłatę świadczenia z tytułu:

☐ Zgonu w wyniku wypadku

☐ Zgonu w wyniku wypadku komunikacyjnego

☐ Zgonu na skutek zawału serca lub udaru mózgu

☐ Zgonu z przyczyn innych niż wyżej wymienione

II. Dane ubezpieczonego

Seria polisy ____ Numer polisy ____

Nazwisko: ____

Imię: ____

Seria i numer dokumentu tożsamości ____

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

Obywatelstwo ____

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)

III. Dane dotyczące zmarłego współubezpieczonego (małżonka, partnera, dziecka, noworodka)

Nazwisko: ____

Imię: ____

Data urodzenia: D D – M M – R R R R

IV. Dane dotyczące zgonu

Data zgonu: D D – M M – R R R R

Przyczyna zgonu: ____

Miejsce zgonu (np. dom, nazwa szpitala): ____

W zależności od przyczyny zgonu należy wypełnić pkt V lub VI. Nieuzupełnienie wymaganych informacji spowoduje wydłużenie czasu rozpatrywania wniosku świadczeniowego.

V. Dane dotyczące zgonu spowodowanego chorobą

Proszę podać w tabelce dane dotyczące leczenia osoby zmarłej bezpośrednio przed zgonem. Proszę załączyć dokumentację medyczną.

Nazwa szpitala lub przychodni oraz nazwisko lekarza leczącego	Adres szpitala lub przychodni	Okres leczenia, data przyjęcia, data wypisu

Proszę podać w tabelce dane dotyczące wcześniejszego leczenia osoby zmarłej (nazwa przychodni rejonowej, gabinetu prywatnego, inne)

Nazwa szpitala lub przychodni oraz nazwisko lekarza leczącego	Adres szpitala lub przychodni	Okres leczenia, data przyjęcia, data wypisu

VI. Dane dotyczące zgonu spowodowanego wypadkiem

Data wypadku: D D – M M – R R R R

Miejsce wypadku:

Przebieg i okoliczności zajścia zdarzenia *(podać dokładnie i wyczerpująco)*	
Czy współubezpieczony w chwili wypadku był pod wpływem alkoholu, narkotyków lub innych środków odurzających?	☐ TAK ☐ NIE
Jeżeli w związku ze zdarzeniem prowadzone jest postępowanie, podać nazwę i adres jednostki policji lub prokuratury, numer sprawy.	

VII. Dyspozycja wypłaty

Proszę o przekazanie należnego świadczenia:

☐ **Przelewem na rachunek bankowy numer:**

☐ **Przekazem pocztowym na adres:** .....

.....

Jeżeli świadczenie przekazywane jest na rachunek lub adres osoby innej niż ubezpieczony, należy wypełnić poniższe dane:

Imię i nazwisko/Nazwa:

Data urodzenia: D D – M M – R R R R

PESEL

Obywatelstwo/Kraj

Nr rejestru (dotyczy podmiotów prawnych)

VIII. Lista wymaganych dokumentów (kserokopie lub oryginały)

1. Skrócony odpis aktu zgonu,
2. Karta zgonu lub inny dokument potwierdzający przyczynę zgonu,
3. Dowód osobisty ubezpieczonego,
4. Pełna dokumentacja medyczna,

Jeśli zgon spowodowany był wypadkiem, dodatkowo wymagane są:

5. Dokument stwierdzający stan trzeźwości w chwili zdarzenia,
6. Dokument potwierdzający zaistnienie wypadku (np. protokół policji, protokół wypadku przy pracy). W przypadku jego braku, wymagane jest podanie w formularzu informacji, przez kogo i gdzie prowadzone było dochodzenie,
7. Dokument uprawniający do kierowania danym pojazdem, np. prawo jazdy (jeśli zmarły w chwili wypadku prowadził pojazd).

TUnŻ „WARTA" SA zastrzega sobie prawo do żądania dodatkowej dokumentacji, która okaże się niezbędna w procesie rozpatrzenia zgłoszonego roszczenia.

TUnŻ „WARTA" SA, w przypadkach koniecznych, zastrzega sobie prawo do żądania do wglądu oryginałów dokumentów.

IX. Oświadczenia i podpisy

1. Podanie danych jest dobrowolne. Oświadczam, że zostałem/am poinformowany/a przez TUnŻ „WARTA" S.A. z siedzibą w Warszawie przy ul. Chmielnej 85/87, będące administratorem danych o prawie dostępu do treści oraz poprawiania swoich danych osobowych, przetwarzanych w celach ubezpieczeniowych, statutowych, marketingowych - aktualnie i w przyszłości oraz w celu realizacji obowiązków wynikających z innych przepisów prawa.
2. Oświadczam, że wszystkie dane zawarte w niniejszym wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia są kompletne i zgodne z moją najlepszą wiedzą.
3. Wyrażam zgodę na prowadzenie ze mną korespondencji w sprawie złożonego wniosku o wypłatę świadczenia za pośrednictwem podanego przeze mnie adresu e-mail.

Miejscowość	Data	Podpis ubezpieczonego*
	D D – M M – R R R R	

* W przypadku, gdy wniosek o wypłatę świadczenia składany jest przez osobę inną niż ubezpieczony, należy dodatkowo wypełnić formularz SWN-15.

WYPEŁNIA ZAKŁAD PRACY (dotyczy ubezpieczenia grupowego)

Nazwa zakładu pracy	
Imię i nazwisko pracownika	
Data zatrudnienia pracownika	D D – M M – R R R R
Data przystąpienia ubezpieczonego do ubezpieczenia	D D – M M – R R R R
Data przekazania pierwszej składki za ubezpieczonego	D D – M M – R R R R
Data przekazania ostatniej składki za ubezpieczonego	D D – M M – R R R R
Data rozwiązania umowy o pracę z pracownikiem	D D – M M – R R R R

Pieczątka i podpis osoby upoważnionej w zakładzie pracy