

V. Dane dotyczące zgonu ubezpieczonego spowodowanego wypadkiem

Data wypadku: - -

Miejsce wypadku:

Przebieg, przyczyna i okoliczności zajścia zdarzenia
(podać dokładnie i wyczerpująco)

Czy ubezpieczony 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.

VI. Dane uprawnionego

Nazwisko/Nazwa:

Imię:

Seria i numer dokumentu tożsamości

Data urodzenia: - -

PESEL

Obywatelstwo/Kraj

REGON/NIP (dotyczy podmiotów prawnych)

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)

VII. Dane osoby upoważnionej do odbioru świadczenia (w przypadku kiedy uprawnionym jest osoba niepełnoletnia lub odbiór świadczenia następuje przez przedstawiciela)

Nazwisko/Nazwa:

Imię:

Seria i numer dokumentu tożsamości

Data urodzenia: - -

PESEL

Obywatelstwo/Kraj

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)

Oświadczam, że jestem przedstawicielem uprawnionego do odbioru świadczenia zgłoszonego zgodnie z niniejszym wnioskiem.
(Proszę podpisać obok)

_____ podpis przedstawiciela

VIII. Dyspozycja wypłaty

Proszę o przekazanie należnego świadczenia:

Przelewem na rachunek bankowy numer: _____

Przekazaniem pocztowym na adres: _____

Dane od 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: _____

Adres (ulica, numery, miejscowość, kraj): _____

IX. Lista wymaganych dokumentów (kserokopie poświadczane za zgodność z oryginałem lub oryginały)

1. Skrócony odpis aktu zgonu,
 2. Karta zgonu lub inny dokument potwierdzający przyczynę zgonu (np. karta informacyjna, postanowienie prokuratury, wyniki badania sekcji zwłok),
 3. Dowód osobisty osoby uprawnionej,
 4. Skrócony odpis aktu urodzenia,
 5. Pełna dokumentacja z leczenia,
- Jeśli zgon ubezpieczonego spowodowany był wypadkiem, dodatkowo wymagane są:
6. Dokument stwierdzający stan trzeźwości w chwili zdarzenia,
 7. 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,
 8. 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.

X. 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 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.
3. Wyrażam zgodę na prowadzenie ze mną korespondencji w sprawie złożonego wniosku o wypłatę świadczenia za pośrednictwem podanego przeze mnie adresu e-mail.

_____ | D | D | - | M | M | - | R | R | R | R | R | _____
Miejscowość Data Podpis uprawnionego*

* do 13 roku życia osoby uprawnionej podpis składa tylko przedstawiciel ustawowy. Po ukończeniu 13 roku życia, podpisy winny złożyć zarówno przedstawiciel ustawowy jak i uprawnione dziecko

WYPEŁNIA ZAKŁAD PRACY (dotyczy ubezpieczenia grupowego)

Nazwa pracodawcy/ubezpieczającego _____

Imię i nazwisko pracownika _____

Data zatrudnienia pracownika _____

Data przystąpienia ubezpieczonego do ubezpieczenia _____

Data przekazania pierwszej składki za ubezpieczonego _____

Data zapłacenia składki za okres w którym zaszło zdarzenie _____

Data rozwiązania umowy o pracę z pracownikiem _____

Pieczętka i podpis osoby upoważnionej w zakładzie pracy

