



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

WNIOSEK O WYPŁATĘ ŚWIADCZENIA Z TYTUŁU ZGONU MAŁŻONKA, PARTNERA, DZIECKA, NOWORODKA UBEZPIECZONEGO

Numer Świadczenia

WYPEŁNIA UBEZPIECZONY

I. Dane ubezpieczonego

Seria polisy	<input style="width: 95%;" type="text"/>	Numer polisy	<input style="width: 95%;" type="text"/>	
Nazwisko ubezpieczonego:	<input style="width: 95%;" type="text"/>			
Imię ubezpieczonego:	<input style="width: 95%;" type="text"/>			
Data urodzenia:	<input style="width: 15%;" type="text"/> <input style="width: 15%;" type="text"/> -	<input style="width: 15%;" type="text"/> <input style="width: 15%;" type="text"/> -	<input style="width: 45%;" type="text"/>	
Seria i nr dokumentu tożsamości		PESEL		
<input style="width: 95%;" type="text"/>		<input style="width: 95%;" type="text"/>		
Adres do korespondencji		Kod pocztowy	Poczta	
<input style="width: 95%;" type="text"/>		<input style="width: 15%;" type="text"/> - <input style="width: 15%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>	
Ulica	Nr domu		Nr lokalu	
<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 15%;" type="text"/>		<input style="width: 15%;" type="text"/>	
Miejscowość	Nr telefonu kontaktowego			
<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>			
Adres e-mail	Kraj			
<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>			

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

II. Wniosek dotyczy zgonu:

Małżonka
 Partnera
 Dziecka
 Noworodka

Wnioskuje 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

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

Nazwisko:
 Imię:
 Data urodzenia: - -

IV. Dane dotyczące zgonu

Data zgonu: - -
 Medyczna 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: - -

Miejsce wypadku:

Przebieg, przyczyna i okoliczności zajścia zdarzenia (podać dokładnie i wyczerpująco)	
Czy współubezpieczony w chwili wypadku był pod wpływem alkoholu, narkotyków lub innych środków odurzających?	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> 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:

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):

VIII. Lista wymaganych dokumentów (kserokopie potwierdzone za zgodność z oryginałem lub oryginały)

1. Skrócony odpis aktu zgonu (w przypadku zgonu noworodka, ewentualnie akt urodzenia dziecka z odpowiednią adnotacją),
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 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.

 Miejsowość

D | D | - M | M | - R | R | R | R |
 Data

 Podpis ubezpieczonego*

* 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 pracodawcy/
ubezpieczającego _____

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 zapłacenia składki za okres w którym zaszło zdarzenie

D | D | - M | M | - R | R | R | R |

Data rozwiązania umowy o pracę z pracownikiem

D | D | - M | M | - R | R | R | R |

 Pieczętka i podpis osoby upoważnionej
w zakładzie pracy

