

VI. 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): _____

VII. Lista wymaganych dokumentów (kserokopie lub oryginały)

1. Skrócony odpis aktu zgonu.
 2. Dowód osobisty ubezpieczonego.
 3. Dowód osobisty małżonka lub odpis aktu małżeństwa oraz oświadczenie o trwaniu związku małżeńskiego (w przypadku, zgonu rodzica małżonka).
 4. Dowód osobisty partnera (w przypadku zgonu rodzica partnera).
- 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).

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

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

VIII. Oświadczenia i podpisy

1. Podanie danych jest dobrowolne. Oświadczam, że zostałem/am poinformowany/a przez TUŃZ „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	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	R
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

Data przekazania pierwszej składki za ubezpieczonego

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

Data zapłacenia składki za okres w którym zaszło zdarzenie

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

Data rozwiązania umowy o pracę z pracownikiem

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

 Pieczętka i podpis osoby upoważnionej
 w zakładzie pracy