

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 lub oryginały)

1. Odpis skrócony aktu zgonu.
2. Dokumenty z których wynikają okoliczności i przyczyna zgonu (np. karta statystyczna zgonu, dokumentacja lekarska, wynik sekcji zwłok, dokumenty z prokuratury) – w zależności od zapisów w OWU.

Dodatkowe dokumenty:

1. W przypadku noworodka poczętego lecz nienarodzonego:
 - a) odpis skrócony aktu urodzenia z adnotacją „dziecko martwo urodzone” oraz
 - b) zaświadczenie lekarskie lub inny dokument zawierający informacje, w którym tygodniu ciąży nastąpił zgon noworodka.
2. W przypadku braku możliwości ustalenia stopnia pokrewieństwa, konieczne są dodatkowe dokumenty np. odpis skrócony aktu małżeństwa, odpis skrócony aktu urodzenia – w zależności od sytuacji.
3. W przypadku wypadku, wypadku przy pracy i wypadku w trakcie prowadzenia pojazdu:
 - a) dokument potwierdzający fakt zaistnienia wypadku oraz stan trzeźwości osoby, której dotyczy roszczenie (np. protokół policji, prokuratury, protokół wypadku przy pracy, a gdy brak jest takiego dokumentu wymagane jest podanie informacji przez kogo i gdzie prowadzone było dochodzenie np. na formularzu wniosku o wypłatę świadczenia),
 - b) dokument uprawniający do kierowania danym pojazdem np. prawo jazdy – jeżeli do wypadku doszło w trakcie prowadzenia pojazdu,
 - c) dokumenty dopuszczające pojazd do ruchu np. dowód rejestracyjny pojazdu z wpisem badania technicznego – w przypadku, gdy z okoliczności zdarzenia wynika, że do wypadku doszło z powodu niesprawności pojazdu.

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.

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

Miejscowość

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	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

