warta.

Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie "WARTA" S.A.

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

WNIOSEK O WYPŁATĘ ŚWIADCZENIA Z TYTUŁU ZGONU RODZICÓW UBEZPIECZONEGO LUB RODZICÓW MAŁŻONKA/PARTNERA UBEZPIECZONEGO

Numer Świadczenia

WYPEŁNIA UBEZPIECZONY

I. Dane ubezpieczonego

Seria polisy | Numer polisy

Nazwisko ubezpieczonego:

Nazwisko rodowe:

Imię ubezpieczonego:

Imię matki:

Imię ojca:

Data urodzenia: D D – M M – R R R R | Obywatelstwo

Seria i nr dokumentu tożsamości | PESEL

Adres do korespondencji | Kraj

Ulica | Nr domu | Nr lokalu

Kod pocztowy – | Miejscowość

Adres e-mail | Nr telefonu kontaktowego

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

II. Wnioskuję o wypłatę świadczenia z tytułu *(proszę wybrać jedną z możliwości w zależności od zakresu umowy ubezpieczenia)*:

- ☐ Zgonu rodzica ubezpieczonego
- ☐ Zgonu w wyniku wypadku rodzica ubezpieczonego
- ☐ Zgonu rodzica małżonka ubezpieczonego/partnera ubezpieczonego
- ☐ Zgonu w wyniku wypadku rodzica małżonka ubezpieczoneg /partnera ubezpieczonego

III. Dane dotyczące zmarłego współubezpieczonego (rodzica ubezpieczonego, rodzica małżonka/partnera ubezpieczonego)

Nazwisko:

Imię:

Data urodzenia: D D – M M – R R R R | Data zgonu: D D – M M – R R R R

Stosunek rodzinny do ubezpieczonego:

IV. Dane dotyczące zgonu

Data zgonu: D D – M M – R R R R

Medyczna przyczyna zgonu:

Miejsce zgonu (np. dom, nazwa szpitala):

V. Dane dotyczące zgonu współubezpieczonego spowodowanego wypadkiem

Data wypadku: D D – M M – R R R R

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?	☐ TAK ☐ NIE
Jeżeli w związku ze zdarzeniem prowadzone jest postępowanie, podać nazwę i adres jednostki policji lub prokuratury, numer sprawy.	

VI. Dyspozycja wypłaty

Proszę o przekazanie należnego świadczenia:

☐ Przelewem na rachunek bankowy numer: _____

☐ Przekazem 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. Odpis skrócony aktu zgonu.

Dodatkowe dokumenty:

1. W przypadku zgonu rodziców małżonka/partnera – dwie strony dowodu osobistego małżonka/partnera lub odpis skrócony aktu małżeństwa.
2. W przypadku braku możliwości ustalenia stopnia pokrewieństwa – odpis skrócony aktu małżeństwa, odpis skrócony aktu urodzenia itp. w zależności od sytuacji.
3. W przypadku gdy zdarzenie dotyczy zgonu ojczyma lub macochy ubezpieczonego – odpis skrócony aktu zgonu biologicznego rodzica ubezpieczonego.
4. W przypadku gdy zgon został spowodowany wypadkiem – dokumenty z których wynikają okoliczności i przyczyna zgonu np. karta statystyczna zgonu, dokumentacja lekarska, wynik sekcji zwłok itp. w zależności od sytuacji.

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.

VIII. 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	_____
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

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

_____

Pieczątka i podpis osoby upoważnionej w zakładzie pracy