

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

## WNIOSEK O WYPŁATĘ ŚWIADCZENIA Z TYTUŁU ZGONU UBEZPIECZONEGO LUB Z TYTUŁU OSIEROCENIA DZIECKA

WYPEŁNIA UPRAWNIONY

Numer Świadczenia

### I. Dane ubezpieczonego

Seria polisy	<input type="text"/>	Numer polisy	<input type="text"/>
Nazwisko ubezpieczonego:	<input type="text"/> <input type="text"/>		
Imię ubezpieczonego:	<input type="text"/>		
Data urodzenia:	<input type="text" value="D"/> <input type="text" value="D"/> - <input type="text" value="M"/> <input type="text" value="M"/> - <input type="text" value="R"/> <input type="text" value="R"/> <input type="text" value="R"/> <input type="text" value="R"/>	Obywatelstwo	<input type="text"/>
Seria i nr dokumentu tożsamości	<input type="text"/>	PESEL	<input type="text"/>
Kraj	<input type="text"/>		

### II. Wnioskuje o wypłatę świadczenia z tytułu: *zaznaczyć tylko jedną możliwość*

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Zgonu naturalnego ubezpieczonego (z przyczyn innych niż wymienione poniżej) | <input type="checkbox"/> Zgonu ubezpieczonego na skutek wypadku przy pracy                                      |
| <input type="checkbox"/> Zgonu ubezpieczonego w wyniku wypadku                                       | <input type="checkbox"/> Osierocenie dziecka przez ubezpieczonego   |
| <input type="checkbox"/> Zgonu ubezpieczonego w wyniku zawału serca lub udaru mózgu                  | <input type="checkbox"/> Posiadanych przez ubezpieczonego środków na koncie funduszowym w związku z jego zgonem |
| <input type="checkbox"/> Zgonu ubezpieczonego na skutek wypadku komunikacyjnego                      |   |

### III. Dane dotyczące zgonu

Data zgonu:   -   -

Medyczna przyczyna zgonu:

Miejsce zgonu (np. dom, nazwa szpitala):

**W zależności od przyczyny zgonu należy wypełnić pkt IV lub V. Nieuzupełnienie wymaganych informacji spowoduje wydłużenie czasu rozpatrywania wniosku świadczeniowego.**

### IV. Dane dotyczące zgonu spowodowanego chorobą

Proszę podać w tabelce dane dotyczące leczenia ubezpieczonego 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 ubezpieczonego (nazwa przychodni rejonowej, gabinetu prywatnego, inne)

Nazwa szpitala lub przychodni oraz nazwisko lekarza leczącego	Adres szpitala lub przychodni	Okres leczenia, data przyjęcia, data wypisu

## 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

REGON/NIP (dotyczy podmiotów prawnych)

Obywatelstwo/Kraj

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)*

## 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

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)*

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

\_\_\_\_\_ podpis przedstawiciela



## 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.

\_\_\_\_\_

Miejscowość

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

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

| 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