



Data i pieczęć jednostki/agenta
TUŃZ „WARTA” S.Å. przyjmującego wniosek

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

Numer Świadczenia

Symbol Świadczenia

WYPEŁNIA UPRAWNIONY

I. Wnioskuję o wypłatę świadczenia z tytułu:

- ☐ Zgonu małżonka ubezpieczonego
 - ☐ Zgonu dziecka ubezpieczonego w wyniku wypadku
 - ☐ Zgonu małżonka ubezpieczonego w wyniku wypadku
 - ☐ Zgonu noworodka
 - ☐ Zgonu dziecka ubezpieczonego

II. Dane ubezpieczonego

Seria polisy		Numer polisy	
Nazwisko:			
Imię:			
Seria i numer dokumentu tożsamości			
Data urodzenia:	DD - MM - RRRR	PESEL	
Obywatelstwo			
Adres do korespondencji	Kod pocztowy	-	Poczta
Ulica		Nr domu	Nr lokalu
Miejscowość		Nr telefonu	

III. Dane dotyczące osoby zmarłej

Nazwisko: _____

Imię: _____

Data urodzenia: | D | D | - | M | M | - | R | R | R | R |

IV. Dane dotyczące zgonu

Data zgonu: - -

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:

D	D
---	---

 -

M	M
---	---

 -

R	R	R	R
---	---	---	---

Miejsce wypadku:

Przebieg 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:

☐ Przekazem pocztowym na adres:

Jeżeli świadczenie przekazywane jest na rachunek lub adres osoby innej niż ubezpieczony, należy wypełnić poniższe dane:

Imię i nazwisko/Nazwa: _____
 Data urodzenia: - - PESEL _____
 Obywatelstwo/Kraj: _____ Nr rejestru (dotyczy podmiotów prawnych) _____

VIII. Załączniki

☐ Odpis aktu zgonu nr _____ Wydany przez USC _____

☐ Karta zgonu lub dokumentacja medyczna potwierdzająca przyczynę zgonu

☐ Inne (proszę wymienić) _____

IX. Oświadczenia i podpisy

1. Podanie danych jest dobrowolne. Oświadczam, że zostałem poinformowany/a przez TUNŻ „WARTA” S.A. z siedzibą w Warszawie przy ul. Chmielnej 85/87, będąc administratorem danych o prawie dostępu do treści oraz poprawiania swoich danych osobowych, przetwarzanych w celach ubezpieczeniowych, statutowych, marketingowych oraz w celu realizacji obowiązków wynikających z innych przepisów prawa.
2. Potwierdzam dane zawarte w niniejszym wniosku.

	<div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> [D][D] - [M][M] - [R][R][R][R] </div>	
Miejscowość	Data	Podpis uprawnionego*

* W przypadku, gdy wniosek o wypłatę świadczenia składany jest przez osobę inną niż ubezpieczony, należy dodatkowo wypełnić formularz SWS-12.

WYPEŁNIA ZAKŁAD PRACY (dotyczy ubezpieczenia grupowego)

Nazwa zakładu pracy

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 przekazania ostatniej składki za ubezpieczonego

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

WYPEŁNIA ZAKŁAD UBEZPIECZEŃ

Opinia Biura Oceny Ryzyka

☐

Akceptacja

☐

Odmowa

☐

Akceptacja częściowa

☐

Nie wymaga opinii BOR

Uzasadnienie decyzji:

Data, pieczętka i podpis osoby upoważnionej

Stanowisko w sprawie zasadności roszczenia:

☐

Akceptacja

☐

Odmowa

☐

Akceptacja częściowa roszczenia

Uzasadnienie decyzji:

Data, pieczętka i podpis osoby odpowiedzialnej
za zajęcie wstępnego stanowiska

Data, pieczętka i podpis osoby odpowiedzialnej
za zajęcie merytorycznego stanowiska

