

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

Symbol Świadczenia

WYPEŁNIA UPRAWNIONY:

<input type="checkbox"/> Zgonu ubezpieczonego	<input type="checkbox"/> Osierocenie dziecka przez ubezpieczonego
<input type="checkbox"/> Zgonu ubezpieczonego w wyniku wypadku	<input type="checkbox"/> Posiadanych przez ubezpieczonego środków na koncie funduszowym w związku z jego zgonem
<input type="checkbox"/> Zgonu ubezpieczonego w wyniku zawału serca lub udaru mózgu	

Seria polisy Numer polisy
 Nazwisko ubezpieczonego:
 Imię ubezpieczonego:
 PESEL Data urodzenia:

Data zgonu: --

Przyczyna zgonu:

Miejsce zgonu (np. dom, nazwa szpitala):

IV. Dane dotyczące zgonu spowodowanego chorobą

Proszę załączyć dokumentację medyczną.

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

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 i okoliczności zajścia zdarzenia (podać dokładnie i wyczerpująco)	
Czy ubezpieczony 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.	

VI. Dane uprawnionego

Nazwisko/Nazwa:

Imię:

Seria i numer dokumentu tożsamości

Data urodzenia: - - PESEL

Obywatelstwo/Kraj Nr rejestru (dotyczy podmiotów prawnych)

Adres do korespondencji Kod pocztowy - Poczta

Ulica Nr domu Nr lokalu

Miejscowość Nr telefonu

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

Obywatelstwo/Kraj Nr rejestru (dotyczy podmiotów prawnych)

Adres do korespondencji Kod pocztowy - Poczta

Ulica Nr domu Nr lokalu

Miejscowość Nr telefonu

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

podpis przedstawiciela

VIII. 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 uprawniony, należy wypełnić poniższe dane:

Imię i nazwisko/Nazwa:

Data urodzenia: - - PESEL

Obywatelstwo/Kraj Nr rejestru (dotyczy podmiotów prawnych)

IX. Załączniki

☐ Odpis aktu zgonu nr _____ Wydany przez USC _____

☐ Karta zgonu lub dokumentacja medyczna potwierdzająca przyczynę zgonu

☐ Inne (proszę wymienić) _____

X. Oświadczenia i podpisy

- Podanie danych jest dobrowolne. Oświadczam, że zostałem 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 oraz w celu realizacji obowiązków wynikających z innych przepisów prawa.
- Potwierdzam dane zawarte w niniejszym wniosku.

D	D
---	---

 -

M	M
---	---

 -

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

Miejscowość 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 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
---	---	---	---

Pieczęć 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, pieczęć 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