

Data i pieczęć jednostki/agenta  
TUŃ „WARTA” S.A. przyjmującego wniosek

## WNIOSK O WYPŁATĘ ŚWIADCZENIA Z TYTUŁU ZGONU MAŁŻONKA, PARTNERA, DZIECKA, NOWORODKA UBEZPIECZONEGO

Numer Świadczenia

WYPEŁNIA UBEZPIECZONY

### I. Wniosek dotyczy zgonu:

- Małżonka     
  Partnera     
  Dziecka     
  Noworodka

Wnioskuje o wypłatę świadczenia z tytułu:

- Zgonu w wyniku wypadku  
 Zgonu w wyniku wypadku komunikacyjnego  
 Zgonu na skutek zawału serca lub udaru mózgu  
 Zgonu z przyczyn innych niż wyżej wymienione

### II. Dane ubezpieczonego

Seria polisy         Numer polisy

Nazwisko:

Imię:

Seria i numer dokumentu tożsamości

Data urodzenia:    -    -            PESEL

Obywatelstwo

Adres do korespondencji      Kod pocztowy   -        Poczta

Ulica              Nr domu          Nr lokalu

Miejscowość              Nr telefonu

Adres e-mail

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

### III. Dane dotyczące zmarłego współubezpieczonego (małżonka, partnera, dziecka, noworodka)

Nazwisko:

Imię:

Data urodzenia:    -    -

### 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:    -    -

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:

Przekazaniem 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. Lista wymaganych dokumentów (kserokopie lub oryginały)

1. Skrócony odpis aktu zgonu,
2. Karta zgonu lub inny dokument potwierdzający przyczynę zgonu,
3. Dowód osobisty ubezpieczonego,
4. Pełna dokumentacja medyczna,  
Jeśli zgon spowodowany był wypadkiem, dodatkowo wymagane są:
5. Dokument stwierdzający stan trzeźwości w chwili zdarzenia,
6. Dokument potwierdzający zaistnienie wypadku (np. protokół policji, protokół wypadku przy pracy). W przypadku jego braku, wymagane jest podanie w formularzu informacji, przez kogo i gdzie prowadzone było dochodzenie,
7. Dokument uprawniający do kierowania danym pojazdem, np. prawo jazdy (jeśli zmarły w chwili wypadku prowadził pojazd).

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 o zawarcie umowy ubezpieczenia są kompletne i zgodne z moją najlepszą wiedzą.
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 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