

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

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

WYPEŁNIA UBEZPIECZONY

Numer Świadczenia

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

- Zgonu rodzica ubezpieczonego lub rodzica małżonka/partnera ubezpieczonego  
 Zgonu w wyniku wypadku rodzica ubezpieczonego lub rodzica małżonka/partnera ubezpieczonego

### II. Dane ubezpieczonego

Seria polisy  Numer polisy   
 Nazwisko ubezpieczonego:   
 Imię ubezpieczonego:   
 Data urodzenia:  -  -  Obywatelstwo   
 Seria i nr dokumentu tożsamości  PESEL   
 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 (rodzica ubezpieczonego, rodzica małżonka/partnera ubezpieczonego)

Nazwisko:   
 Imię:   
 Data urodzenia:  -  -  Data zgonu:  -  -   
 Stosunek rodzinny do ubezpieczonego:

### IV. Dane dotyczące zgonu

Data zgonu:  -  -   
 Przyczyna zgonu:   
 Miejsce zgonu (np. dom, nazwa szpitala):

### V. Dane dotyczące zgonu współubezpieczonego 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?

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: \_\_\_\_\_
- 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) \_\_\_\_\_

## VII. Lista wymaganych dokumentów (kserokopie lub oryginały)

1. Skrócony odpis aktu zgonu.
2. Dowód osobisty ubezpieczonego.
3. Dowód osobisty małżonka lub odpis aktu małżeństwa oraz oświadczenie o trwaniu związku małżeńskiego (w przypadku, zgonu rodzica małżonka).
4. Dowód osobisty partnera (w przypadku zgonu rodzica partnera).  
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.

## 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 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.

\_\_\_\_\_   -   -     \_\_\_\_\_

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   -   -

Data przystąpienia ubezpieczonego do ubezpieczenia   -   -

Data przekazania pierwszej składki za ubezpieczonego   -   -

Data przekazania ostatniej składki za ubezpieczonego   -   -

Data rozwiązania umowy o pracę z pracownikiem   -   -

\_\_\_\_\_  
Pieczętka i podpis osoby upoważnionej w zakładzie pracy