

VI. 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) _____

VII. Załączniki

- Odpis aktu zgonu nr _____ Wydany przez USC _____
- Inne (proszę wymienić) _____

VIII. 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.

_____ - - _____
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 - -

Data przystąpienia ubezpieczonego do ubezpieczenia - -

Data przekazania pierwszej składki za ubezpieczonego - -

Data przekazania ostatniej składki za ubezpieczonego - -

Data rozwiązania umowy o pracę z pracownikiem - -

Pieczęć i podpis osoby upoważnionej
w zakładzie pracy

WYPEŁNIA UBEZPIECZYCIEL

Stanowisko w sprawie zasadności roszczenia:

- Akceptacja Odmowa Akceptacja częściowa roszczenia

Uzasadnienie decyzji:

Data, pieczęć i podpis osoby odpowiedzialnej
za zajęcie wstępnego stanowiska

Data, pieczęć i podpis osoby odpowiedzialnej
za zajęcie merytorycznego stanowiska