

--

Data i pieczęć jednostki/numer, imię i nazwisko agenta
TUŻ „WARTA” S.A. przyjmującego wniosek

WNIOSEK O WYPŁATĘ ŚWIADCZENIA Z TYTUŁU URODZENIA SIĘ DZIECKA

--

WYPEŁNIA UBEZPIECZONY

Numer Świadczenia

I. 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 kontaktowego

Adres e-mail Kraj

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

II. Wnioskuje o wypłatę świadczenia z tytułu: *(proszę wybrać jedną z możliwości w zależności od zakresu umowy ubezpieczenia)*

Urodzenie się dziecka Urodzenie się martwego dziecka

Urodzenie się dziecka z punktacją 1 - 5 w skali APGAR

Urodzenie się dziecka z wadą wrodzoną

III. Dane dotyczące urodzonego dziecka

Nazwisko:

Imię:

Data urodzenia: - -

IV. Dyspozycja wypłaty

Proszę o przekazanie należnego świadczenia:

Przelewem na rachunek bankowy numer:

Przekazem pocztowym na adres:

Dane od strony transakcji (innej niż uprawniony) jeżeli świadczenie przekazywane jest na rachunek lub adres osoby innej niż uprawniony, należy wypełnić poniższe dane:

Imię i nazwisko/Nazwa:

Adres (ulica, numery, miejscowość, kraj):

V. Lista wymaganych dokumentów (kserokopie lub oryginały)

1. Dowód osobisty ubezpieczonego
2. Odpis aktu urodzenia dziecka (w przypadku urodzenia się martwego dziecka z odpowiednią adnotacją)
3. Dokumentacja medyczna potwierdzająca urodzenie się dziecka z wadą wrodzoną (dokumentacja medyczna o przebiegu leczenia)
4. Dokumentacja medyczna potwierdzająca urodzenie się dziecka z punktacją 1-5 w skali APGAR

TunŻ „WARTA” S.A. 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.

VI. 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 są kompletne i zgodne z moją najlepszą wiedzą. W przypadku zatajenia lub podania nieprawdziwych informacji Towarzystwo może odmówić wypłaty świadczenia, na zasadach określonych w ogólnych warunkach ubezpieczenia i Kodeksie Cywilnym.
3. Wyrażam zgodę na prowadzenie ze mną korespondencji w sprawie złożonego wniosku o wypłatę świadczenia za pośrednictwem podanego przeze mnie adresu e-mail.

Miejscowość

| D | D | - | M | M | - | R | R | R | R |

Data

Podpis uprawnionego*

* 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 pracodawcy/
ubezpieczającego _____

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 zapłacenia składki za okres w którym zaszło zdarzenie | D | D | - | M | M | - | R | R | R | R |

Data rozwiązania umowy o pracę z pracownikiem | D | D | - | M | M | - | R | R | R | R |

Pieczęćka i podpis osoby upoważnionej
w zakładzie pracy