warta.

Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie "WARTA" S.A.

Data i pieczęć jednostki/agenta TUnŻ „WARTA" S.A. przyjmującego wniosek

WNIOSEK O WYPŁATĘ ŚWIADCZENIA Z TYTUŁU URODZENIA SIĘ DZIECKA

Numer Świadczenia

WYPEŁNIA UBEZPIECZONY

I. Dane ubezpieczonego

Seria polisy ____ Numer polisy ____

Nazwisko ubezpieczonego: ____

Imię ubezpieczonego: ____

Data urodzenia: D D – M M – R R R R 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)

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

☐ Urodzenia się dziecka

☐ Urodzenia się dziecka z punktacją 1 - 5 w skali APGAR

☐ Urodzenie się dziecka z wadą wrodzoną

III. Dane dotyczące urodzonego dziecka

Nazwisko: ____

Imię: ____

Data urodzenia: D D – M M – R R R R

IV. 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: D D – M M – R R R R PESEL ____

Obywatelstwo/Kraj ____ Nr rejestru (dotyczy podmiotów prawnych) ____

V. Lista wymaganych dokumentów (kserokopie lub oryginały)

1. Dowód osobisty ubezpieczonego
2. Odpis aktu urodzenia dziecka
3. Dokumentacja medyczna potwierdzająca urodzenie się dziecka z wadą wrodzoną
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.
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 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

Pieczątka i podpis osoby upoważnionej w zakładzie pracy