



## V. Załączniki

- Odpis aktu urodzenia nr \_\_\_\_\_ Wydany przez USC \_\_\_\_\_
- Inne (proszę wymienić) \_\_\_\_\_

## VI. Oświadczenia i podpisy

1. 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.
2. Potwierdzam dane zawarte w niniejszym wniosku.

\_\_\_\_\_ | D | D | - | M | M | - | R | R | R | R |  
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 | 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

### 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