

Nazwisko i imię PESEL

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Adres zamieszkania

Telefon Jednostka (skrót) / emeryt

WNIOSEK O ŚWIADCZENIE Z KASY POŚMIERTNEJ

Proszę o wypłacenie mi należności z tytułu zgonu (*imię i nazwisko, stopień pokrewieństwa*)
.....
zmarłego/zmarłej w dniu akt zgonu nr
wydany przez USC w..... dnia.....

Pouczony o odpowiedzialności karnej, przewidzianej w art. 233 Kodeksu karnego, za podanie danych niezgodnych z prawdą oświadczam⁽¹⁾, że jestem w związku małżeńskim z
synem/córką

Ww. świadczenie proszę przekazać na rachunek bankowy o numerze:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Osobą upoważnioną do odbioru świadczenia jest:⁽²⁾

nazwisko i imię

data urodzenia imiona rodziców

adres zamieszkania

.....
data podpis wnioskodawcy lub osoby upoważnionej

Legenda:

1. Należy wypełnić tylko w przypadku zgonu teściów
2. Należy wypełnić tylko w przypadku zgonu członka Kasy Pośmiertnej

Wypełnia MKZP:

1. Stwierdzam zgodność z oryginałem przedstawionego do wglądu aktu zgonu.
2. Składki na Kasę Pośmiertną były opłacone przez co najmniej 6 m-cy wstecz od daty zgonu.
księgowy MKZP

3. Zarząd MKZP na posiedzeniu w dniu podjął uchwałę o przyznaniu/nieprzyznaniu świadczenia i poleca przelać kwotę zł.

Podpisy członków Zarządu MKZP:

4. Przelew wykonano w dniu.....
księgowy MKZP