

Nazwisko i imię.....

PESEL

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

Adres do korespondencji

Telefon Zakład pracy

Wniosek o świadczenie z funduszu KP

Proszę o wypłacenie mi świadczenia z funduszu kasy pośmiertnej MKZP z tytułu zgonu

(imię i nazwisko, stopień pokrewieństwa)

zmarłego/zmarłej w dniu akt zgonu nr

wydany przez USC w dnia

na rachunek bankowy o numerze:

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

Oświadczenie (dotyczy wyłącznie przypadku zgonu teściów):

Pouczony o odpowiedzialności karnej przewidzianej w art. 233 § 1 Kodeksu karnego*

oświadczam, że jestem w związku małżeńskim z

synem/córką

.....
data

.....
własnoręczny podpis

** Art. 233 § 1. „Kto, składając zeznanie mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub w innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę, podlega karze pozbawienia wolności od 6 miesięcy do lat 8.”*

Wypełnia MKZP:

1. Stwierdzam zgodność z oryginałem przedstawionego do wglądu aktu zgonu.
2. Składki na Kasę Pośmiertną były opłacone przez co najmniej 6 miesięcy wstecz od daty zgonu.
3. Wnioskodawca jest osobą uprawnioną do otrzymania świadczenia.

.....
księgowy MKZP

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

Podpisy członków zarządu MKZP:

5. Przelew wykonano w dniu

.....
księgowy MKZP