

....., dnia

**DYREKTOR
WOJSKOWEGO BIURA EMERYTALNEGO
W WARSZAWIE**

**W N I O S E K
O WYPŁATĘ ZASIŁKU POGRZEBOWEGO**

I. DANE OSOBY ZMARŁEJ

1. Imię i nazwisko

.....

2. PESEL

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

3. Data zgonu

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

4. Osoba zmarła do dnia śmierci:

a) miała (nie miała)* ustalone prawo do emerytury (renty)*¹

.....
(numer świadczenia)

b) pobierała (nie pobierała)* świadczenie przedemerytalne (zasiłek przedemerytalny)*¹

.....
(numer świadczenia – zasiłku i oddział ZUS)

c) była (nie była)* objęta ubezpieczeniami rentowymi¹

.....
(tytuł ubezpieczeń rentowych)

.....
(nazwa i adres płatnika składek)

d) pobierała (nie pobierała)* zasiłek chorobowy, świadczenie rehabilitacyjne lub zasiłek macierzyński albo zasiłek w wysokości zasiłku macierzyńskiego po ustaniu tytułu ubezpieczenia, wypłacanego przez oddział ZUS²

.....
(oddział ZUS)

5. Osoba zmarła była (nie była)* członkiem mojej rodziny.

.....
(jeśli tak, podać stopień pokrewieństwa lub powinowactwa osoby zmarłej w stosunku do wnioskodawcy)

¹ Należy wykazać również świadczenia pobierane z państw UE/EFTA

² Należy wykazać również świadczenia wypłacane przez instytucje zabezpieczenia społecznego państw UE/EFTA

II. DANE WNIOSKODAWCY

1. Imię i nazwisko (nazwa podmiotu składającego wniosek)

.....
.....

2. Adres

.....

3. Telefon kontaktowy

.....

4. PESEL

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

5. REGON podmiotu*

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

III. OŚWIADCZAM, ŻE:

1. Pokryłem(am) koszty pogrzebu:

- w całości*

- w części*, pozostałe koszty zostały pokryte przez:

.....

.....

(nazwisko i imię lub nazwa instytucji)*

.....

.....

(adres)

2. Zasiłek pogrzebowy nie został/został* wypłacony z innego tytułu.

3. Pogrzeb odbył się w dniu

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

UWAGA!

Jeden z poniższych punktów należy wypełnić, jeżeli osoba zmarła nie miała ustalonego prawa do emerytury lub renty i nie była objęta ubezpieczeniami rentowymi.

1. Mam (nie mam)* ustalone prawo do emerytury (renty)*

.....

.....

(numer świadczenia i Oddział ZUS)

2. Pobieram (nie pobieram)* świadczenie przedemerytalne (zasiłek przedemerytalny)*

.....

.....

(numer świadczenia – zasiłku i Oddział ZUS)

