

Proszę wypełnić drukowanymi literami

DANE OSOBY ZMARŁEJ

Nazwisko

Imię

PESEL

Data zgonu __/__/----

Miejscu zgonu: w szpitalu w domu na ulicy inne:

OKOLICZNOŚCI ZGONU

Proszę podać:

Przyczynę zgonu	Adres szpitala	Nazwisko i adres lekarza leczącego ambulatoryjnie
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

W przypadku śmierci Ubezpieczonego w wyniku Nieszczęśliwego Wypadku proszę opisać okoliczności wypadku:

Proszę podać:

• Świadka/świadków wypadku (dane kontaktowe): _____

• Nazwę Prokuratury prowadzącej dochodzenie: _____

DANE OSOBY ZGŁASZAJĄCEJ ZGON

Czy jest Pan/Pani osobą uposażoną? TAK NIE

Pokrewieństwo:

Nazwisko

Imię

Adres

Wyrażam zgodę na przetwarzanie dodatkowo poniższych danych oraz na przekazywanie informacji lub składanie oświadczeń na:

Tel. kontaktowy _____ E-mail _____

Nr konta do wypłaty świadczenia

Nazwa właściciela konta

WYMAGANE DOKUMENTY

- odpis skróconego aktu zgonu
- kserokopia karty zgonu z określeniem przyczyny śmierci
- kserokopia dowodu osobistego osoby uposażonej (z zasłoniętym wizerunkiem oraz przekreślonym dokumentem)
- inne (proszę wymienić)

Prawdziwość powyższych danych potwierdzam własnoręcznym podpisem:

Data: __/__/----

Czytelny podpis osoby zgłaszającej: