

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**

Nazwisko

Imię

Czy jest Pan/Pani osobą uposażoną?  TAK  NIE Pokrewieństwo: .....

Adres

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: .....