



GOMIX
USŁUGI POGRZEBOWE

.....
(miejscowość, data)

.....
(imię i nazwisko upoważniającego)

.....
(dokładny adres zamieszkania)

.....

U P O W A Ż N I E N I E

W związku z wnioskiem z dnia o wypłatę zasiłku pogrzebowego po zmarłym

.....
(imię i nazwisko zmarłego)

.....
(stopień pokrewieństwa osoby zmarłej w stosunku do wnioskodawcy)

Ja niżej podpisany(-a) legitymujący się dowodem osobistym
(imię i nazwisko upoważniającego)

upoważniam zakład pogrzebowy

P.H.U GOMIX GOŁDYN TOMASZ z siedzibą w
(nazwa zakładu pogrzebowego)

GOŁKOWICE GÓRNE 148 33-388 GOŁKOWICE
(adres zakładu pogrzebowego)

do przedłożenia w moim imieniu podpisanego przeze mnie wniosku wraz z wymaganymi dokumentami oraz proszę o przekazanie zasiłku pogrzebowego na konto zakładu pogrzebowego

38881600013001000958620001 BS STARY SĄCZ
(numer konta i adres banku)

.....
(podpis upoważniającego)

do upoważnienia należy dołączyć

- akt zgonu,
- akt urodzenia lub akt małżeństwa (w przypadku zmiany nazwiska) wnioskodawcy

jeśli wnioskodawcom jest wnuk osoby zmarłej to jeszcze:

- akt urodzenia lub akt małżeństwa (w przypadku zmiany nazwiska) rodzica wnioskodawcy spokrewnionego z osobą zmarłą

P.H.U GOMIX GOŁDYN TOMASZ

Gołkowice Górne 148 +48 602 406 535
33-388 Gołkowice +48 600 029 535
NIP: 734 35 05 358 gomix.golkowice@gmail.com

www.gomixpogrzeby.pl

WNIOSEK O ZASIŁEK POGRZEBOWY

Instrukcja wypełniania

Wypełnij ten wniosek, jeżeli starasz się o zasiłek pogrzebowy.

1. Wypełnij WIELKIMI LITERAMI
2. Pola wyboru zaznacz znakiem **X**
3. Wypełnij kolorem czarnym lub niebieskim (nie ołówkiem)
4. Zanim wypełnisz wniosek, zapoznaj się z dołączoną do niego Informacją

Dane osoby zmarłej

PESEL

Rodzaj, seria i numer dokumentu
potwierdzającego tożsamość

Jeśli osoba zmarła nie miała numeru PESEL, podaj serię i numer jej innego dokumentu

Imię

Nazwisko

Data i miejsce zgonu

Osoba zmarła do dnia śmierci:

Pobierała świadczenia z ZUS

TAK

NIE

Była objęta ubezpieczeniami emerytalnym i rentowymi

TAK

NIE

Podaj tytuł ubezpieczeń (np. pracownik, zleceniobiorca) oraz nazwę i adres płatnika składek

Osoba zmarła była członkiem mojej rodziny

TAK

NIE

Jeżeli TAK, podaj stopień pokrewieństwa lub powinowactwa osoby zmarłej w stosunku do Ciebie

Dane wnioskodawcy – osoby fizycznej

PESEL	<input type="text"/>
Rodzaj, seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość	<input type="text"/>
	<small>Jeśli nie masz numeru PESEL, podaj serię i numer innego dokumentu</small>
Imię	<input type="text"/>
Nazwisko	<input type="text"/>

Adres zamieszkania

Ulica	<input type="text"/>		
Numer domu	<input type="text"/>	Numer lokalu	<input type="text"/>
Kod pocztowy	<input type="text"/>	Miejscowość	<input type="text"/>
Nazwa państwa	<input type="text"/>		
	<small>Podaj, jeśli Twój adres jest inny niż polski</small>		
Numer telefonu	<input type="text"/>		
	<small>Podaj numer telefonu – to ułatwi nam kontakt w Twojej sprawie</small>		

Adres do korespondencji

Podaj, jeśli chcesz otrzymywać korespondencję na adres inny niż adres zamieszkania

Ulica	<input type="text"/>		
Numer domu	<input type="text"/>	Numer lokalu	<input type="text"/>
Kod pocztowy	<input type="text"/>	Miejscowość	<input type="text"/>
Nazwa państwa	<input type="text"/>		
	<small>Podaj, jeśli Twój adres jest inny niż polski</small>		

Wypełnij, jeżeli osoba zmarła nie pobierała świadczeń z ZUS albo nie była objęta ubezpieczeniami emerytalnym i rentowymi:

Pobieram świadczenia z ZUS TAK NIE

Jestem objęty ubezpieczeniami emerytalnym i rentowymi TAK NIE

Podaj tytuł ubezpieczeń (np. pracownik, zleceniobiorca), nazwę i adres płatnika składek

Dane wnioskodawcy – innego podmiotu

NIP

REGON

Jeśli nie podałeś NIP, podaj numer REGON

Nazwa albo imię i nazwisko

Ulica

Numer domu Numer lokalu

Kod pocztowy Miejscowość

Nazwa państwa

Podaj, jeśli Twój adres jest inny niż polski

Numer telefonu

Podaj numer telefonu – to ułatwi nam kontakt w Twojej sprawie

Oświadczam, że:

Pokryłem koszty pogrzebu w całości w części

Zasiłek pogrzebowy został nie został wypłacony z innego tytułu

