

....., dnia r.

.....
(Imię i nazwisko)

.....
(Nazwa pracodawcy)

.....
(Adres zamieszkania)

.....
(Adres pracodawcy)

.....
(Stopień pokrewieństwa ze zmarłym)

.....
(Telefon)

WNIOSEK O WYPŁATĘ ODPRAWY POŚMIERTNEJ na podstawie art. 93 Kodeksu pracy

Dane zmarłego pracownika

Imię i nazwisko zmarłego pracownika	
Data śmierci	
Ostatnie zajmowane stanowisko	
Staż pracy u pracodawcy (lata)	

Zwracam się z uprzejmą prośbą o wypłatę odprawy pośmiertnej należnej mi jako uprawnionemu członkowi rodziny po śmierci, który był zatrudniony w Państwa zakładzie pracy na stanowisku do dnia

Jestem uprawniony/a do otrzymania niniejszego świadczenia jako zmarłego pracownika, spełniając warunki określone w art. 93 § 4 Kodeksu pracy.

Staż pracy zmarłego pracownika u pracodawcy wynosił lat, co — zgodnie z art. 93 § 2 Kodeksu pracy — uprawnia do otrzymania odprawy pośmiertnej w odpowiedniej wysokości.

Dane do wypłaty

Numer rachunku bankowego do przelewu	
Nazwa banku	

Załączniki

1. Akt zgonu pracownika (kserokopia)
2. Dokument potwierdzający pokrewieństwo (akt małżeństwa / akt urodzenia)
3. Kserokopia dokumentu tożsamości wnioskodawcy

Podstawa prawna: art. 93 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. — Kodeks pracy (Dz.U. z 2023 r. poz. 1465 ze zm.).

.....
(czytelny podpis wnioskodawcy)