

.....  
miejsowość, data

## Oświadczenie o przyczynie zgonu

Oświadczam, iż przyczyną zgonu mojej/mojego ..... (stopień  
pokrewieństwa) ....., (imię i nazwisko  
zmarłego lekarza/lekarza dentysty) PESEL zmarłego .....  
był COVID-19.

Jednocześnie wyrażam zgodę na weryfikację ww. oświadczenia, zgodnie z kartą  
zgonu przez organy administracji państwowej rozpatrujące wniosek o przyznanie  
świadczenia, o którym mowa w art. 82 ust. 1 ustawy z dnia 17 grudnia 1998 r. o  
emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych.

.....  
czytelny podpis