

Wniosek o jednorazowe odszkodowanie

I. DANE PŁATNIKA SKŁADEK

1. Imię i nazwisko lub nazwa oraz adres płatnika składek na ubezpieczenia społeczne.....
.....

2. NIP

 3. REGON

4. PESEL

5. Dokument tożsamości (dowód osobisty lub paszport)

DOWÓD OSOBISTY
rodzaj dokumentu seria numer

II. DANE POSZKODOWANEGO

1. Imię i nazwisko
poszkodowanego
.....

2. PESEL

 3. NIP

4. Dokument tożsamości (dowód osobisty lub paszport)

.....
.....
rodzaj dokumentu seria numer

Zgodnie z § 1. rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 18 grudnia 2002 r. w sprawie szczegółowych zasad orzekania o stałym lub długotrwałym uszczerbku na zdrowiu, trybu postępowania przy ustalaniu tego uszczerbku oraz postępowania o wypłatę jednorazowego odszkodowania (Dz. U. Nr 234, poz. 1974), składam wniosek o skierowanie mnie na badania lekarskie do lekarza orzecznika Zakładu Ubezpieczeń Społecznych, w celu ustalenia długotrwałego lub trwałego uszczerbku na zdrowiu będącego skutkiem wypadku przy pracy oraz o wypłatę jednorazowego odszkodowania.

.....
*podpis poszkodowanego
lub uprawnionego członka rodziny*