

wniosek o jednorazowe odszkodowanie (*dokument poufny*)

WNIOSEK O JEDNORAZOWE ODSZKODOWANIE

I. DANE PŁATNIKA SKŁADEK

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

I. NIP

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

3. REGON

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

II. DANE POSZKODOWANEGO

1. Imię i nazwisko poszkodowanego:

2. PESEL

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

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.

.....
miejsowość, data

.....
podpis poszkodowanego lub uprawnionego członka rodziny