....., dnia ..... r.

.....
(Imię i nazwisko)

.....
(Adres zamieszkania)

.....
(PESEL)

.....
(Telefon kontaktowy)

.....
(Adres e-mail)

.....
(Oddział ZUS)

.....
(Adres oddziału)

WNIOSEK O JEDNORAZOWE ODSZKODOWANIE

z tytułu stałego lub długotrwałego uszczerbku na zdrowiu wskutek wypadku przy pracy / choroby zawodowej

Dane dotyczące wypadku / choroby zawodowej

Data wypadku / stwierdzenia choroby zawodowej	
Rodzaj zdarzenia	
Nazwa pracodawcy	
Adres pracodawcy	
NIP pracodawcy	

Zwracam się z wnioskiem o przyznanie i wypłatę jednorazowego odszkodowania z tytułu stałego / długotrwałego uszczerbku na zdrowiu doznanego wskutek wypadku przy pracy / choroby zawodowej, który(-a) miał(-a) miejsce / został(-a) stwierdzona w dniu ..... u pracodawcy .....

Leczenie i rehabilitacja zostały zakończone. W załączeniu przedkładam wymaganą dokumentację.

Załączniki

1. Protokół ustalenia okoliczności i przyczyn wypadku przy pracy (protokół powypadkowy) lub karta wypadku
2. Zaświadczenie o stanie zdrowia (druk N-9) wydane przez lekarza prowadzącego leczenie
3. Dokumentacja medyczna potwierdzająca skutki wypadku / choroby zawodowej (wypisy ze szpitala, karty leczenia, wyniki badań)
4. Decyzja o stwierdzeniu choroby zawodowej (jeżeli dotyczy)
5. Kopia dokumentu tożsamości (do wglądu)

Pobrano z Formularze.net

Podstawa prawna: art. 11–12 ustawy z dnia 30 października 2002 r. o ubezpieczeniu społecznym z tytułu wypadków przy pracy i chorób zawodowych (Dz.U. z 2022 r. poz. 2189 ze zm.).

.....

(czytelny podpis wnioskodawcy)

Pobrano z Formularze.net