

.....
(imię i nazwisko wnioskującego)
.....
(adres zamieszkania)

....., dn. r.

Zakład Ubezpieczeń Społecznych

Oddział w

ul.

.....

Poszkodowany

.....
(imię i nazwisko wnioskującego)

.....
(adres)

.....
(PESEL)

Płatnik składek

.....
(imię i nazwisko lub nazwa firmy)

.....
(adres)

.....
(NIP)

Data wypadku przy pracy

WNIOSEK

O WYPŁATĘ JEDNORAZOWEGO ODSZKODOWANIA

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.

Odszkodowanie proszę przekazać na

(nr konta bankowego-przelew lub adres w przypadku przekazu pocztowego)

.....
(podpis wnioskującego)