…………………………………………

 (imię i nazwisko składającego wniosek)

…………………………………………

 (adres zameldowania)

…………………………………………

…...…………..………………….……..

 (telefon kontaktowy)

**WNIOSEK**

**O JEDNORAZOWE ODSZKODOWANIE Z TYTUŁU**

**WYPADKU PRZY PRACY LUB CHOROBY ZAWODOWEJ**

**DANE IDENTYFIKACYJNE PŁATNIKA SKŁADEK**

Nazwa płatnika składek ………………………………………………………………………....

Adres płatnika składek ………………………………………………………………………….

NIP …………………………………............. REGON ………………………………………..

**DANE IDENTYFIKACYJNE POSZKODOWANEGO**

Imię i nazwisko osoby poszkodowanej …………………………………………………………

PESEL…………………………………………………………………………………………...

Dokument tożsamości (dowód osobisty lub paszport)

…………………………………………………………………………………………………...

 (seria) (numer) (rodzaj dokumentu)

Data i miejsce urodzenia ………………………………………………………………………..

Adres zameldowania ……………………………………………………………………………

Adres zamieszkania ……………………………………………………………………………..

**Wnioskuję o przesłanie do Zakładu Ubezpieczeń Społecznych w** ………………………….

 (miejscowość)

…………………………………………………………………………………………………...

(kod pocztowy, miejscowość, ulica, numer)

dokumentacji niezbędnej do ustalenia uszczerbku na zdrowiu, spowodowanego:

* wypadkiem przy pracy, który miał miejsce w dniu ……………………………………...

Protokół nr ……………… z dnia ……………………………………………………….

* chorobą zawodową

Decyzja nr ……………… z dnia ………………………………………………………..

Niezdolność do pracy od dnia ………………………… do dnia …………………………….…

Odszkodowanie proszę przekazać za pośrednictwem poczty na:

adres …………………………………………………………………………………………..…

rachunek bankowy ……………………………………………………………………….……...

 (numer konta bankowego, nazwa banku)

………………………………………… …………………………………………

 (miejscowość, data) (czytelny podpis składającego wniosek)