

.....
miejsowość, data

.....
imię i nazwisko osoby wnioskującej

.....
adres zamieszkania

.....
*adres /Zakładu Ubezpieczeń Społecznych/
/Pracodawcy/**

WNIOSEK O ODSZKODOWANIE Z TYTUŁU WYPADKU PRZY PRACY

wypełnia poszkodowany

.....
NIP

.....
PESEL

wypełnia płatnik składek

.....
NIP

.....
REGON

W związku z wypadkiem przy pracy, jakiemu uległem -am w dniu, wnoszę o wypłatę jednorazowego odszkodowania.

.....
podpis osoby wnioskującej

Załączniki:

.....
.....
.....
.....

** - niepotrzebne skreślić*



NIE wygramy!
NIE płacisz!

odszkodowania@helpfind.pl
Zadzwoń po **bezpłatną poradę 882 383 033**