



FORMULARZ ROSZCZENIA Z VI VU/ U URAZU OSODI ZALE NEL

Nie wypełnienie tego formularza w całości spowoduje opóźnienie w opłacie rachunków medycznych

INFORMACJE O UCZESTNIKU/ OSOBIE ZALEŻNEJ

Imię i Nazwisko Uczestnika: _____ Numer ID Uczestnika: _____

Adres domowy: _____

Miasto, Stan, Kod pocztowy: _____ Nr Telefonu: _aaaaaa_

Imię i Nazwisko osoby zależnej: _____

Data urodzenia osoby zależnej: _____ mężczyzna kobieta

CLAIM/ACCIDENT INFORMATION

Diagnoza: _____

Data roszczenia: _____

Czy ta choroba/uraz jest wynikiem wypadku? Tak Nie (Jeśli Tak, prosimy podać poniżej)

Data wypadku: aaaaaaaaaa Gdzie zdarzył się wypadek? aa_aaaaaaaaaa_aa_aaaaaaaaaa

Opisz, w jaki sposób doszło do choroby/urazu i dołącz listę urazów/obrażeń:

Czy choroba/uraz ma związek z pracą? Tak Nie

Jeśli Tak, czy chcesz złożyć wniosek o odszkodowanie pracownicze? Tak Nie

Kto był odpowiedzialny za wypadek?

Imię i Nazwisko: _____ Nr Telefonu: _____

Adres: _____

Jeśli Tak, czy chcesz złożyć wniosek o odszkodowanie pracownicze? Tak Nie

Czy masz lub planujesz wynająć adwokata w związku z tym wypadkiem? Tak Nie

Jeśli Tak, prosimy o podanie nazwiska, adresu i numeru telefonu adwokata:

Jeśli Nie, informujemy, że w przypadku zatrudnienia adwokata w przyszłości należy powiadomić o tym Biuro Funduszu.

Powyższe odpowiedzi są zgodne z prawdą i zgodne z moją najlepszą wiedzą:

Podpis wnioskodawcy: aa Data: aaaaaaaa_aaaaaaaa

*Rodzica lub prawnego opiekuna, jeśli wnioskodawca jest nieletni+

INFORMACJA DLA WSZYSTKICH STRON WYPEŁNIAJĄCYCH TEN FORMULARZ: Fałszem jest wypełnienie tego formularza informacjami, o których wiesz, że są fałszywe, lub świadome pomijanie ważnych faktów. Z tego czynu mogą wynikać sankcje karne i/lub cywilne.