

RAPORT O OBRAŻENIACH PRACOWNIKA



Nr roszczenia \_\_\_\_\_

Aby umożliwić Firmie szybkie zajęcie się Twoją sprawą zgodnie z prawem o odszkodowaniach, wypełnij ten formularz w całości i niezwłocznie go odeślij w załączonej kopercie, która nie wymaga opłacenia znaczkiem.

NAZWA PRACODAWCY		JAK DŁUGO PRACUJESZ DLA TEGO PRACODAWCY?	
ZAJMOWANE STANOWISKO W CHWILI WYPADKU		CZY WYKONYWAŁEŚ SWOJĄ NORMALNĄ PRACĘ?	
		ZAROBKI W CHWILI WYPADKU (dziennie, tygodniowo)	DNI ROBOCZE W TYGODNIU
CZY BYŁEŚ PRACOWNIKIEM TYMCZASOWYM CZY STAŁYM?	WIEK	CZY JESTEŚ ŻONATY/ZAMĘŻNA?	LICZBA DZIECI I ICH WIEK
JEŚLI MASZ MNIEJ NIŻ 21 LAT, PODAJ IMIĘ I NAZWISKO ORAZ ADRES RODZICA LUB OPIEKUNA			
DATA I GODZINA WYPADKU		DATA I GODZINA, W KTÓREJ MUSIAŁEŚ OPUSZCZIĆ PRACĘ Z POWODU WYPADKU	
MIEJSCE, W KTÓRYM DOZNAŁEŚ OBRAŻEŃ (nr, ulica, miejscowość)		CZY BYŁEŚ NA TERENIE PRACODAWCY?	
CZY OBRAŻENIA SPOWODOWAŁA INNA OSOBA?		IMIĘ I NAZWISKO INNEJ OSOBY	
PRZEZ KOGO JEST ZATRUDNIONA?			
IMIONA I NAZWISKA ORAZ ADRESY NAOCZNYCH ŚWIADKÓW			
KIEDY ZGŁOSIŁEŚ WYPADEK PO RAZ PIERWSZY?		KOMU ZGŁOSIŁEŚ WYPADEK PO RAZ PIERWSZY?	
IMIĘ I NAZWISKO TWOJEGO LEKARZA		ADRES LEKARZA	
CZY WRÓCIŁEŚ DO PRACY?		JEŚLI TAK, TO JAKIEGO DNIA?	
OPISZ SWOJE OBRAŻENIA I JAK DOSZŁO DO WYPADKU			
DATA SPORZĄDZENIA RAPORTU		PODPIS	
ADRES E-MAIL		IMIĘ I NAZWISKO DRUKOWANYMI LITERAMI	
ADRES (nr, ulica, miejscowość)		NUMER TELEFONU	