ORSZÁGOS EGÉSZSÉGBIZTOSÍTÁSI PÉNZTÁR

Megyei (Fővárosi) Egészségbiztosítási Pénztár (Kirendeltség) ………………………………………………………………………...…

Címe:  ……………………………………………………………………………………………………………………...…..

Társadalombiztosítási kifizetőhely …………………………………………………………………………………………………..…….

címe:  …………………………………………………………………………………………………………………………..

A sérült neve: ………………………………………………………………………………………………………………………………

Lakcíme:  ……………………………………………………………………………………………………………………...

Törzslap száma: …………………………………………………… Hivatkozási száma: ………………………………………………...

Felkérjük, hogy az ……… év ……………………… hó ……….. napján történt balesetével (sérülésével) kapcsolatban az alant felsorolt pontokban a választ megadni és a nyilatkozatot **postafordultával visszaküldeni szíveskedjék!**

Kelt: ……………………………………………………, …………év ………………………………………. hó ………….. napján.

PH. …………………………………………………….

aláírás

# NYILATKOZAT

# az üzemi balesetnek nem minősülő baleset (sérülés) körülményeiről

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Sérült neve: |  | | | |
| Születéskori név: | |  | | |
| TAJ száma: | |  | | |
| Születési helye: | | | Születési ideje:      év    hó    nap | |
| Anyja neve: | |  | | |
| Lakcíme:      irsz. | | helység | | |
|  | | | | házszám |
| **1.**      év    hó    napján    órakor       helységben | | | | |
| házszám alatt, illetőleg | | | | |
| épület előtt vagy,        úttest szakaszán | | | | |
| a balesetem (sérülésem) a következők szerint történt: | | | | |
| **2.a)** Ha a baleset nem a munkahelyen (telephelyen) történt, hol kellett a sérültnek munkát végeznie? (név és cím): | | | | |
|  | | | | |
| **2.b)** A baleset napján a sérült mikortól meddig volt köteles munkát végezni?:    óra    perctől    óra    percig (óra, perc) | | | | |
| illetőleg a munkavégzés helyéről    óra    perckor | | | | |
| címen eltávozott. | | | | |
| **2.c)** Munkahelyére és onnan lakására (szállására) milyen útvonalon, illetőleg közlekedési eszközzel közlekedik rendszeresen?: | | | | |
|  | | | | |
| **2.d)** Mikor jelentette be balesetét?:      év    hó    napján. | | | | |
| **2.e)** Miért jelentette késedelmesen, illetőleg miért mulasztotta el a baleset jelentését?: | | | | |
|  | | | | |
| (A 2. pont kérdéseire csak abban az esetben kell válaszolni, ha a baleset a foglalkozás körében vagy azzal összefüggésben, illetőleg munkába menet, vagy onnan hazamenet közben történt és a sérült ezen a címen baleseti táppénzt igényel) | | | | |
| **3.** Ki volt Ön szerint a baleset okozója? (a baleset okozójának neve és lakcíme): | | | | |
|  | | | | |
| **4.** Kik látták a balesetet (sérülést)? (A tanúk neve és lakcíme): | | | | |
|  | | | | |
|  | | | | |
| **5.** Részesült-e elsősegélyben, illetőleg orvosi ellátásban, ha igen, mikor és hol? Mentő szállította-e az elsősegélynyújtó helyre?: | | | | |
|  | | | | |
| Ha elmulasztotta igénybe venni az orvosi segítséget, illetőleg azzal késlekedett, mi volt ennek az oka?: | | | | |
|  | | | | |
| A balesetből eredő betegsége, sérülése miatt hol látták el, illetőleg kezelték (egészségügyi szolgáltató neve és címe)?: | | | | |
|  | | | | |
|  | | | | |
|  | | | | |
|  | | | | |
| **6.** Ha gépjármű okozta a balesetet, ki a gépjármű üzembentartója (neve és lakcíme)?: | | | | |
|  | | | | |
| a gépjármű rendszáma, típusa: | | | | |
| a gépkocsivezető neve: | | | | |
| a gépkocsivezető lakcíme: | | | | |
| **7.** Ha kettő vagy több gépjármű összeütközése miatt következett be a baleset, ki a balesetet okozó gépjármű üzembentartója?: | | | | |
| (neve és lakcíme): | | | | |
| A balesetet okozó gépjármű rendszáma, típusa: | | | | |
| Ki vezette a balesetet okozó járművet?: | | | | |
| **8.** Hányan sérültek meg a baleset során?:      fő | | | | |
| Halálos áldozata volt-e a balesetnek?: igen  nem | | | | |
| ha igen, az elhunyt személy neve: | | | | |
| lakcíme: | | | | |
| **9.** Volt-e, vagy van-e folyamatban a balesettel kapcsolatban hatósági (rendőrségi, ügyészségi, bírósági stb.) eljárás?: igen  nem | | | | |
| Ha volt vagy van hatósági eljárás a balesettel kapcsolatban, ki az eljáró hatóság és mi az ügy száma?: | | | | |
|  | | | | |
| **10.** Indított-e polgári pert kárának megtérítése iránt?: igen  nem  ha igen, melyik bíróságnál és hol; ha az ügyben idézték, mi a bírósági idézés száma?: | | | | |
|  | | | | |
| **11.** Kapott-e kártérítést a sérülés (baleset) okozójától? igen  nem | | | | |
| ha igen, minek alapján (bírói ítélet, egyezség stb.)?: | | | | |
| **12.** Az üzleti biztosítónál benyújtotta-e kárigényét? igen  nem | | | | |
| ha igen melyik igazgatóságnál és mi az ügy száma?: | | | | |
| **13.** Képviseli-e az eljárás során képviseletre jogosult személy?: igen  nem | | | | |
| ha igen, a képviseletre jogosult személy neve és lakcíme: | | | | |
| **14.** Gyalogosként elszenvedett balesetét a közút meghibásodása vagy takarításának elmulasztása stb. okozta-e? (például: a járda, illetőleg úttest sáros, havas, jeges volt, vagy a lépcsőt, járdát, úttestet felbontották, a burkolat sérült volt, építési területen nem gondoskodtak a megfelelő gyalogos közlekedésről, vagy a világítótest nem üzemelt stb.). | | | | |
|  | | | | |

Kelt:      ,      év    hó    napján.

A. nyilatkozatban foglaltak a valóságnak megfelelnek.

…………………………………………………..

a sérült vagy a képviseletére jogosult aláírása

## A Pénzbeli Ellátási Osztály, Társadalombiztosítási kifizetőhely tölti ki!

## MEGTÉRÍTÉSI KÖTELEZETTSÉG ÉRVÉNYESÍTÉSÉHEZ ADATSZOLGÁLTATÁS

|  |
| --- |
| Az …………….. év …………………..………………….. hó ………… napján bekövetkezett balesettel (sérüléssel) kapcsolatos   * keresőképtelenség időtartama: ……… év ………………… hó ……….. napjától ……… év …………..…… hó ……….. napjáig állt fenn, illetőleg folyamatosan fennáll; * keresőképessé válás napja: ……… év ………………… hó ……….. napja * kórházi ápolás időtartama: ……… év ………………… hó ……….. napjától ……… év ………………… hó ……….. napjáig   ……… év ………………… hó ……….. napjától ……… év ………………… hó ……….. napjáig  a beteget ……………………………………………………………………………………………………………………….………  …………………………………………………………………………………………………………………………………………  ………………………………………………………………………………………………………………………kórházban ápolták  A keresőképtelenség időtartamára: ……… év ….……………… hó ….…….. napjától ……… év ………………… hó ……….. napjáig  ……… év ….……………… hó ….…….. napjától ……… év …………..…..… hó ……….. napjáig  kifizetett táppénz összege: ……………………… Ft, azaz ………………………………………………………….…………….… forint  A balesettel (sérüléssel) kapcsolatos gyógyító-megelőző ellátás igénybevétele során felmerült utazási költség összege:………………. |

Figyelem! Ha a balesetből (sérülésből) eredő keresőképtelenség hosszabb időn át áll fenn, az adatokat - megkeresés nélkül - negyedévenként kell az illetékes Megyei (Fővárosi) Egészségbiztosítási Pénztárral (kirendeltséggel) közölni.

Kérjük, minden kitöltött oldalt írjon alá (szükség esetén pecsételjen le)!

Kelt: ……………………………………………………………, …………év ………………………………………. hó ………….. napján.

Kifizetőhely nyilvántartási száma: …………………………………

P.H. …………………………………………………………………….

az adatok kiállításáért felelős személy

és a felülvizsgáló aláírása