

NYILATKOZAT

Az üzemi balesetnek nem minősülő baleset (sérülés) körülményeiről

1. A sérült adatai:

Családi és utóneve:					
Anyja neve					
Születési helye:					
Születési időpontja:					
TAJ száma:					
Telefonszáma:					
Lakcíme	irányítószám		település		
utca			házzám	emelet, ajtó	

2. A baleset (sérülés) körülményei

a) A baleset időpontja: év hónap nap óra

b) A baleset helyszíne: _____ település, _____ utca (út, tér)
_____ házzám alatt,
illetőleg _____ épület előtt, vagy _____
_____ úttest szakasza.

c) A baleset (sérülés) a következők szerint történt:

3. (A 3. pont kérdéseire csak abban az esetben kell válaszolni, ha a baleset a foglalkozás körében vagy azzal összefüggésben, illetőleg munkába menet, vagy onnan hazamenet történt és a sérült ezen a címen baleseti táppénzt igényel.)

a) Ha a baleset nem a munkahelyen (telephelyen) történt, hol kellett a sérültnek munkát végeznie (név és cím): _____

b) A baleset napján a sérült mikortól meddig volt köteles munkát végezni:

: (óra, perc), illetőleg a munkavégzés helyéről : (óra, perc)
_____ címre távozott.

c) Munkahelyére és onnan lakására (szállására) menet milyen útvonalon, illetőleg közlekedési eszközzel közlekedik rendszeresen: _____

d) Mikor, ki, és kinek jelentette be a balesetét: _____

e) Ha késedelmesen jelentette balesetét, vagy azzal késlekedett, miért jelentette késedelmesen, illetőleg miért mulasztotta el a baleset bejelentését: _____

f) Egyéni vállalkozó balesete összefüggésben áll-e a vállalkozói tevékenységével:

igen ☐ nem ☐

4. A baleset (sérülés) egyéb körülményei

a) Ki volt Ön szerint a baleset okozója? (a baleset okozójának neve és lakcíme, egyéb elérhetőség, telefon, munkahely, stb.) _____

b) Kik látták a balesetet (sérülést)? (A tanúk neve és lakcíme, egyéb elérhetőség, telefon, munkahely, stb.) _____

c) Részesült-e elsősegélyben, illetőleg orvosi ellátásban, ha igen, mikor és hol? _____

Mentő szállította-e az elsősegélynyújtó helyre? igen ☐ nem ☐

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) _____

d) Ha gépjármű okozta a balesetet, ki a gépjármű üzembentartója (neve és lakcíme, egyéb elérhetőség, telefon, munkahely, stb.): _____

A gépjármű rendszáma, típusa: _____

A gépkocsivezető adatai (neve és lakcíme, egyéb elérhetősége, telefon, munkahely, stb.):

e) Ha kettő vagy több gépjármű összeütközése miatt következett be a baleset, ki a balesetet okozó gépjármű üzembentartója (neve és lakcíme): _____

A gépjármű rendszáma, típusa: _____

Ki vezette a balesetet okozó gépjárművet: _____

f) Hányan sérültek meg a baleset során: ____ fő

Sérültek neve és lakcíme: _____

Halálos áldozata volt-e a balesetnek? Ha igen, az elhunyt személy neve és lakcíme:

g) Volt-e, vagy van-e folyamatban a balesettel kapcsolatban hatósági (rendőrségi, ügyészségi, bírósági, stb.) eljárás? Ha igen, az eljáró hatóság, és az ügy száma: _____

h) Indított-e polgári pert kárának megtérítése iránt? Ha igen, melyik bíróságnál, és mi a bírósági ügy száma: _____

i) Kapott-e kártérítést a sérülés (baleset) okozójától? Ha igen, mi alapján (bírósági ítélet, egyezség, stb.): _____

j) Az üzleti biztosítónál benyújtotta-e kárigényét? Ha igen, melyik biztosítónál, és mi az ügy száma:

k) Képviseli-e az eljárás során képviseletre jogosult személy? Ha igen, a képviseletre jogosult személy neve és lakcíme: _____

l) Gyalogoként elszenvedett balesetét a közút állapota vagy takarításának elmulasztása, stb. okozta-e? (pl. járda, illetőleg az úttest sáros, havas, jeges volt, vagy lépcsőt, járdát, úttestet felbontották, a burkolat sérült volt, építési területen nem gondoskodtak a megfelelő gyalogos közlekedésről, vagy a világítótest nem üzemelt, stb.) _____

Felelősségem tudatában kijelentem, hogy a nyilatkozaton feltüntetett adatok a valóságnak megfelelnek, egyben tudomásul veszem azt, hogy köteles vagyok bejelenteni minden olyan tényt, illetőleg adatot, amely az ellátásra való jogosultságomat vagy az ellátás folyósítását érinti.

Kelt:, □□□□.év □□. hó □□. nap

.....
A sérült, vagy a képviseletre jogosult aláírása