



KRYNICA ZDRÓJ 02.07.2016
miejsowość

ANDRZEJ LIS
(imię i nazwisko wnioskodawcy)

KASA ROLNICZEGO
UBEZPIECZENIA SPOŁECZNEGO

zam. KORK 136

w KRYNICA ZDRÓJ

29-300 KORKI
kod poczta

PESEL

12345678910

Seria i numer dowodu osobistego albo ~~paszportu~~*

ABC228344

WNIOSEK
o jednorazowe odszkodowanie
z tytułu stałego lub długotrwałego uszczerbku na zdrowiu
spowodowanego wypadkiem przy pracy rolniczej lub rolniczą chorobą zawodową

I. Proszę o ustalenie uprawnień i wypłacenie jednorazowego odszkodowania z tytułu:

- Uszczerbku na zdrowiu spowodowanego rolniczą chorobą zawodową*, wypadkiem przy pracy rolniczej*, któremu uległem(am) w dniu 02-07-2016 ✓
- Jestem rolnikiem*, domownikiem*

..... (imię i nazwisko) (określić stopień pokrewieństwa w stosunku do rolnika)

3. Śmierci spowodowanej rolniczą chorobą zawodową*, wypadkiem przy pracy rolniczej* zaistniałym w dniu dla następujących członków jego rodziny:

- | | | |
|-------------------|------------------|-------------------------|
| 1) ..... | ..... | ..... |
| (imię i nazwisko) | (data urodzenia) | (stopień pokrewieństwa) |
| 2) ..... | ..... | ..... |
| (imię i nazwisko) | (data urodzenia) | (stopień pokrewieństwa) |
| 3) ..... | ..... | ..... |
| (imię i nazwisko) | (data urodzenia) | (stopień pokrewieństwa) |
| 4) ..... | ..... | ..... |
| (imię i nazwisko) | (data urodzenia) | (stopień pokrewieństwa) |
| 5) ..... | ..... | ..... |
| (imię i nazwisko) | (data urodzenia) | (stopień pokrewieństwa) |
| 6) ..... | ..... | ..... |
| (imię i nazwisko) | (data urodzenia) | (stopień pokrewieństwa) |

Zmarły był rolnikiem*, domownikiem*

..... (imię i nazwisko) (określić stopień pokrewieństwa w stosunku do rolnika)

Świadczenie proszę przekazać na rachunek bankowy 12 34 0000 22 0000 1243 00
11 22 83
(nazwa i adres banku oraz nr rachunku bankowego)

* niepotrzebne skreślić

4. Wyrażam zgodę, aby moje dane osobowe były przechowywane i przetwarzane przez KRUS lub inne upoważnione przez KRUS podmioty w celu przyznawania i wypłaty świadczeń przysługujących na podstawie ustawy z dnia 20 grudnia 1990 r. o ubezpieczeniu społecznym rolników (Dz. U. z 2013 r., poz. 1403 z późn. zm.). Zostałam(em) poinformowana(ny), że zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2002 r. Nr 101, poz. 926) mam prawo wglądu do własnych danych osobowych oraz żądania ich ewentualnego poprawienia.

5. Do wniosku załączam:¹..... szt. załączników
- 1) ZASWIADCZENIE LEKARSKIE
- 2)
- 3)
- 4)
- 5)

6. Prawdliwość powyższych danych potwierdzam własnoręcznym podpisem

KORKI 02-07-2016

(miejscowość, dnia)

Andrzej Lis

(podpis wnioskodawcy)

II. WYPEŁNIA ORGAN RENTOWY

ODDZIAŁ KRUS
w KRUMICY ZDRÓJ

(pieczęć organu rentowego)

1. Poświadczam się, że poszkodowany(a) Andrzej Lis nie podlega*, podlega*

(imię i nazwisko)

ubezpieczeniu wypadkowemu, chorobowemu i macierzyńskiemu z mocy ustawy*, ~~na wniosek*~~

od dnia 15-02-2015

(dokładna data zgłoszenia do ubezpieczenia)

do dnia marzec

2. Zaległości w opłaceniu składek wynoszą nie dotyczy zł., za okres od dnia do dnia

3. Inne uwagi

02-07-2016

(data)

.....

(przebieg i podpis)

* niepotrzebne skreślić