

**NYILATKOZAT
AZ ÜZEMI BALESETNEK NEM MINŐSÜLŐ BALESETRŐL**

1. A sérült adatai

Viselt családi és utónév:	
Születési családi és utónév:	
Anyja születési családi és utóneve:	
Születési hely:	
Születési idő:	□□□□. év □□. hónap □□. nap
TAJ szám:	□□□ □□□ □□□
Lakcíme:	
Telefonszáma:	

2. A baleset (sérülés) körülményei

2.1. A baleset időpontja: □□□□ év □□ hónap □□ nap □□ óra

2.2. A baleset helyszíne: _____

2.3. A baleset (sérülés) bekövetkezésének körülményei:

2.4. A baleset gépjárművel következett be?

- Igen
 Nem

2.5. A baleset miatt vett igénybe egészségügyi szolgáltatást?

- Igen
 Nem

3. A baleset okozója (amennyiben a sérült erről nyilatkozni kíván)

Neve:	
Címe:	
Telefonszáma:	
Egyéb elérhetőség:	

4. Gépjárművel kapcsolatos sérülésre vonatkozó adatok¹

4.1. A gépjármű üzemeltetőjének adatai

Neve:	
Címe:	
Telefonszáma:	
Egyéb elérhetőség:	

4.2. Volt vagy van-e folyamatban a balesettel kapcsolatban hatósági (rendőrségi, ügyészségi, bírósági, stb.) eljárás?

- Igen
 Nem

4.3. A balesettel kapcsolatos hatósági eljárás adatai²

Az eljáró szerv megnevezése:	
Az eljáró szerv előtti ügy száma:	

5. A balesetből eredő betegsége, sérülése miatt hol látták el, illetőleg kezelték?³

Egészségügyi szolgáltató neve:	
Egészségügyi szolgáltató címe:	

Felelősségem tudatában kijelentem, hogy a közölt adatok a valóságnak megfelelnek. Tudomásul veszem, hogy köteles vagyok az ellátásra való jogosultságot vagy az ellátás folyósítását érintő változásokat 8 napon belül bejelenteni az ellátást megállapító szerv részére.

Kelt: _____, □□□□. év □□. hónap □□. nap

Sérült / Törvényes képviselő

¹ Kizárólag abban az esetben töltendő ki, ha a 2.4. pont szerinti kérdésre „Igen” válasz került megadásra.

² Kizárólag abban az esetben töltendő ki, ha a 4.2. pont szerinti kérdésre „Igen” válasz került megadásra.

³ Kizárólag abban az esetben töltendő ki, ha a 2.5. pont szerinti kérdésre „Igen” válasz került megadásra.