



Wniosek o przyznanie świadczenia kompensacyjnego z Funduszu Kompensacyjnego Zdarzeń Medycznych

Dane wnioskodawcy

nazwisko

imię

numer PESEL

w razie braku numeru PESEL:
rodzaj i numer dokumentu potwierdzającego
tożsamość oraz data urodzenia

Przedmiot wniosku (proszę wybrać jedną opcję).

zakażenie biologicznym czynnikiem chorobotwórczym

uszkodzenie ciała lub rozstrój zdrowia

śmierć pacjenta

Data zdarzenia medycznego (jeśli jest znana)

Data dowiedzenia się o zdarzeniu medycznym

Jeśli wniosek dotyczy śmierci pacjenta:

Dane zmarłego pacjenta

nazwisko

imię

numer PESEL

w razie braku numeru PESEL:
rodzaj i numer dokumentu potwierdzającego
tożsamość oraz data urodzenia

Relacja między wnioskodawcą a zmarłym pacjentem

małżeństwo niepozostające w separacji

pokrewieństwo pierwszego stopnia
(rodzic lub dziecko zmarłego)

przysposobienie

pozostawanie we wspólnym pożyciu

inna – jaka:

Dane przedstawiciela ustawowego wnioskodawcy (jeśli dotyczy)

nazwisko

imię

Dane pełnomocnika (jeśli dotyczy)

nazwisko

imię

Wymagane załączniki:		
kopia posiadanej dokumentacji medycznej oraz innych dokumentów potwierdzających opisany stan faktyczny albo szczegółowa informacja o braku takich dokumentów	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>
potwierdzenie wniesienia opłaty na rachunek bankowy Funduszu Kompensacyjnego Zdarzeń Medycznych (88 1130 1017 0020 1591 5120 0003)	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>
oświadczenie, że w sprawie objętej wnioskiem nie toczy się lub nie zostało prawomocnie zakończone postępowanie cywilne w sprawie o odszkodowanie, rentę lub zadośćuczynienie	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>
oświadczenie, że wnioskodawca nie uzyskał odszkodowania, renty lub zadośćuczynienia od osoby odpowiedzialnej za szkodę, w tym z tytułu ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>
oświadczenie, że sąd nie orzekł na rzecz wnioskodawcy obowiązku naprawienia szkody wyrządzonej przestępstwem lub zadośćuczynienia za doznaną krzywdę albo nawiązki	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>
jeśli wniosek dotyczy śmierci pacjenta: dokumenty potwierdzające, że wnioskodawca był jego małżonkiem (niepozostającym w separacji), krewnym pierwszego stopnia (tzn. dzieckiem lub rodzicem), osobą pozostającą w stosunku przysposobienia lub osobą pozostającą we wspólnym pożyciu	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>
Pozostałe załączniki:		
pełnomocnictwo	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>
inne: jakie	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>
Oświadczenie wnioskodawcy składane pod rygorem odpowiedzialności karnej		
<i>Jestem świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.</i>		

podpis*

OŚWIADCZENIA

Oświadczam, że w sprawie objętej wnioskiem nie toczy się lub nie zostało prawomocnie zakończone postępowanie cywilne w sprawie o odszkodowanie, rentę lub zadośćuczynienie.

Oświadczam, że w sprawie objętej wnioskiem nie uzyskałem/am odszkodowania, renty lub zadośćuczynienia od osoby odpowiedzialnej za szkodę, w tym z tytułu ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej.

Oświadczam, że sąd nie orzekł na moją rzecz obowiązku naprawienia szkody wyrządzonej przestępstwem lub zadośćuczynienia za doznaną krzywdę albo nawiązki.

podpis*

* wniosek składany w postaci elektronicznej należy podpisać podpisem zaufanym, kwalifikowanym podpisem elektronicznym lub podpisem osobistym