



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).

<input type="checkbox"/> zakażenie biologicznym czynnikiem chorobotwórczym
<input type="checkbox"/> uszkodzenie ciała lub rozstrój zdrowia
<input type="checkbox"/> 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

<input type="checkbox"/> małżeństwo niepozostające w separacji	<input type="checkbox"/> pokrewieństwo pierwszego stopnia (rodzic lub dziecko zmarłego)
<input type="checkbox"/> przysposobienie	<input type="checkbox"/> pozostawanie we wspólnym pożyciu
<input type="checkbox"/> 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