

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 (ide értve a gyalogusként a járda, úttest, lépcső, stb. állapotából eredő balesetet is):

2.4. A baleset gépjárművel következett be?

- ☐ Igen
☐ Nem

2.5. Mentő szállította?

- ☐ Igen
☐ Nem

2.6. A baleset miatt vett igénybe egészségügyi szolgáltatást?

- ☐ Igen
☐ Nem

2.7. Ha elmulasztotta igénybe venni az orvosi segítséget, illetőleg azzal késlekedett, mi volt ennek az oka?

--

3. A balesetből eredő betegsége, sérülése miatt hol látták el, illetve hol kezelték?¹

Egészségügyi szolgáltató neve:	
Egészségügyi szolgáltató címe:	

Egészségügyi szolgáltató neve:	
Egészségügyi szolgáltató címe:	

Egészségügyi szolgáltató neve:	
Egészségügyi szolgáltató címe:	

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

Neve:	
Címe:	
Telefonszáma:	
Egyéb elérhetőség:	

5. A baleset (sérülés) tanúira vonatkozó adatok. Kik látták a balesetet, a sérülést?

Neve:	
Címe:	
Telefonszáma:	
Egyéb elérhetőség:	

Neve:	
Címe:	
Telefonszáma:	
Egyéb elérhetőség:	

6.

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

- ☐ Igen
☐ Nem

6.2. A balesettel kapcsolatos eljárás adatai²

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

¹ Kizárólag abban az esetben töltendő ki, ha a 2.6. pont szerinti kérdésre „Igen” válasz került megadásra.

² Kizárólag abban az esetben töltendő ki, ha a 6.1. pont szerinti kérdésre „Igen” válasz került megadásra.

7. Gépjárművel okozott baleset (sérülés) körülményeire, illetve a gépjárműre vonatkozó adatok³

7.1. A balesetet okozó gépjármű üzemeltetőjének adatai

Neve:	
Címe:	
Telefonszáma:	
Egyéb elérhetőség:	

7.2. A balesetet okozó gépjármű rendszáma, típusa:

.....

7.3. A balesetet okozó gépkocsivezető adatai:

Neve:	
Címe:	
Telefonszáma:	
Egyéb elérhetőség:	

7.4. A baleset során hányan sérültek meg? ☐ fő

7.5. Az ismert sérülte/sérültekre vonatkozó adatok:

Neve:	
Címe:	
Telefonszáma:	
Egyéb elérhetőség:	
Neve:	
Címe:	
Telefonszáma:	
Egyéb elérhetőség:	

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

³ Kizárólag abban az esetben töltendő ki, ha a 2.4. pont szerinti kérdésre „Igen” válasz került megadásra.