



....., dnia20....
 miejscowość

.....
 (imię i nazwisko wnioskodawcy)
 zam.

**KASA ROLNICZEGO
 UBEZPIECZENIA SPOŁECZNEGO**

W

PESEL

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Seria i numer dowodu osobistego*, paszportu*

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

**WNIOSEK
 o jednorazowe odszkodowanie z tytułu:**

**stałego lub długotrwałego uszczerbku na zdrowiu spowodowanego: wypadkiem przy pracy rolniczej*,
 rolniczą chorobą zawodową***

śmierci spowodowanej: wypadkiem przy pracy rolniczej*, 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*

Jestem rolnikiem*, domownikiem*, pomocnikiem rolnika*

- Śmierci spowodowanej rolniczą chorobą zawodową*,
 (imię i nazwisko)

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)
7)	..... (imię i nazwisko)	..... (data urodzenia)	..... (stopień pokrewieństwa)
8)	..... (imię i nazwisko)	..... (data urodzenia)	..... (stopień pokrewieństwa)

Zmarły był rolnikiem*, domownikiem*, pomocnikiem rolnika*

* niepotrzebne skreślić
 KRUS SR-23 07/2018

