



## ZAWIADOMIENIE O WYPADKU

### Instrukcja wypełniania

Wypełnij ten formularz i przekaż go do nas, jeśli wypadkowi przy pracy/ wypadkowi w drodze do pracy lub z pracy uległa osoba, która:

- prowadzi pozarolniczą działalność gospodarczą,
- współpracuje przy prowadzeniu pozarolniczej działalności,
- wykonuje pracę na podstawie umowy uaktywniającej (jako niania).

Ustalimy wówczas okoliczności i przyczyny wypadku.

Zanim wypełnisz formularz, zapoznaj się z dołączoną do niego Informacją.

1. Wypełnij WIELKIMI LITERAMI
2. Wypełnij kolorem czarnym lub niebieskim (nie ołówkiem)
3. Pola wyboru zaznacz znakiem X

### Dane osoby poszkodowanej

PESEL

Rodzaj, seria i numer dokumentu  
potwierdzającego tożsamość

Imię

Nazwisko

Data urodzenia

Miejsce urodzenia

### Adres zamieszkania

Ulica	
Numer domu	
Wpłynęło	Kod pocztowy
Gmina/ dzielnica	
Nazwa państwa	

Podaj, jeśli adres jest inny niż polski

### Adres do korespondencji

Podaj, jeśli adres do korespondencji jest inny niż adres zamieszkania

Ulica			
Numer domu		Numer lokalu	
Kod pocztowy		Miejscowość	
Gmina/ dzielnica			
Nazwa państwa			

Podaj, jeśli adres jest inny niż polski

**Adres miejsca prowadzenia pozarolniczej działalności**

Podaj, jeśli poszkodowany prowadzi albo współpracuje przy prowadzeniu pozarolniczej działalności

Ulica	<input type="text"/>		
Numer domu	<input type="text"/>	Numer lokalu	<input type="text"/>
Kod pocztowy	<input type="text"/>	Miejscowość	<input type="text"/>
Gmina/ dzielnica	<input type="text"/>		
Numer telefonu	<input type="text"/>		

Podaj numer telefonu – to ułatwi nam kontakt w tej sprawie

**Adres sprawowania opieki nad dzieckiem w wieku do lat 3**

Podaj, jeśli poszkodowany wykonuje pracę na podstawie umowy uaktywniającej (jako niania)

Ulica	<input type="text"/>		
Numer domu	<input type="text"/>	Numer lokalu	<input type="text"/>
Kod pocztowy	<input type="text"/>	Miejscowość	<input type="text"/>
Gmina/ dzielnica	<input type="text"/>		
Numer telefonu	<input type="text"/>		

Podaj numer telefonu – to ułatwi nam kontakt w tej sprawie

**Dane osoby, która zawiadamia o wypadku**

Wypełnij jeśli jesteś inną osobą niż poszkodowany

PESEL	<input type="text"/>											
Rodzaj, seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość	<input type="text"/>											
Jeśli nie masz numeru PESEL, podaj serię i numer innego dokumentu												
Imię	<input type="text"/>											
Nazwisko	<input type="text"/>											
Data urodzenia	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
	dd	/	mm	/	rrrr					Płeć	<input type="text"/>	
											(K – kobieta/ M – mężczyzna)	<input type="text"/>
Numer telefonu	<input type="text"/>											

Podaj numer telefonu – to ułatwi nam kontakt w tej sprawie

**Adres zamieszkania**

Wypełnij jeśli jesteś inną osobą niż poszkodowany

Ulica	<input type="text"/>		
Numer domu	<input type="text"/>	Numer lokalu	<input type="text"/>
Kod pocztowy	<input type="text"/>	Miejscowość	<input type="text"/>
Gmina/ dzielnica	<input type="text"/>		
Nazwa państwa	<input type="text"/>		

Podaj, jeśli Twój adres jest inny niż polski

## Adres do korespondencji

Podaj, jeśli adres do korespondencji jest inny niż adres zamieszkania  
Wypełnij jeśli jesteś inną osobą niż poszkodowany

Ulica			
Numer domu		Numer lokalu	
Kod pocztowy		Miejscowość	
Gmina/ dzielnica			
Nazwa państwa			

Podaj, jeśli Twój adres jest inny niż polski

## Informacja o wypadku

1. Data wypadku	<table><tr><td>1</td><td>5</td><td>1</td><td>1</td><td>2</td><td>0</td><td>2</td><td>4</td></tr><tr><td>dd</td><td></td><td>mm</td><td></td><td>rrrr</td><td></td><td></td><td></td></tr></table>	1	5	1	1	2	0	2	4	dd		mm		rrrr				Godzina wypadku	12-00
1	5	1	1	2	0	2	4												
dd		mm		rrrr															
2. Miejsce wypadku	ul. Bolesławowa																		
3. Planowana godzina rozpoczęcia pracy w dniu wypadku	7-00	Planowana godzina zakończenia pracy w dniu wypadku	17-00																
4. Rodzaj doznanych urazów	ZŁAMANIE SZCZĘTKI KOSTKI BOCZNEJ																		

## 5. Szczegółowy opis okoliczności, miejsca i przyczyn wypadku

Przy schodzeniu klatką schodową w dół poślizgnąłem się na schodach w wyniku czego spadłem i dostałem złamanie kostki.

Podaj szczegółowy opis okoliczności, miejsca i przyczyn wypadku

6. Czy była udzielona pierwsza pomoc medyczna: ☒ TAK ☐ NIE

SOR

Jeśli TAK, podaj nazwę i adres placówki służby zdrowia

7. Organ, który prowadził postępowanie w sprawie wypadku

NIE	
-----	--

Podaj nazwę i adres organu, który prowadził postępowanie w sprawie wypadku (Policja, Prokuratura, inne)

8. Czy wypadek powstał podczas obsługi maszyn, urządzeń:

☐

TAK

☒

NIE

--	--

Jeśli TAK, podaj czy maszyna, urządzenie były sprawne i użytkowane zgodnie z zasadami producenta i w jaki sposób

9. Czy maszyna, urządzenie posiada atest/ deklarację zgodności:

☐

TAK

☐

NIE

10. Czy maszyna, urządzenie zostało wpisane do ewidencji środków trwałych:

☐

TAK

☐

NIE

### Dane świadków wypadku

Świadek wypadku – 1

Imię	<input type="text"/>		
Nazwisko	<input type="text"/>		
Ulica	<input type="text"/>		
Numer domu	<input type="text"/>	Numer lokalu	<input type="text"/>
Kod pocztowy	<input type="text"/>	Miejscowość	<input type="text"/>
Nazwa państwa	<input type="text"/>		

Podaj, jeśli adres świadka jest inny niż polski

Świadek wypadku – 2

Imię	<input type="text"/>		
Nazwisko	<input type="text"/>		
Ulica	<input type="text"/>		
Numer domu	<input type="text"/>	Numer lokalu	<input type="text"/>
Kod pocztowy	<input type="text"/>	Miejscowość	<input type="text"/>
Nazwa państwa	<input type="text"/>		

Podaj, jeśli adres świadka jest inny niż polski

Świadek wypadku – 3

Imię

Nazwisko

Ulica

Numer domu  Numer lokalu

Kod pocztowy  Miejscowość

Nazwa państwa

Podaj, jeśli adres świadka jest inny niż polski

## Załączniki

- ☒ kserokopia karty informacyjnej ze szpitala/ zaświadczenia o udzieleniu pierwszej pomocy z pogotowia ratunkowego wraz z wywiadem
- ☐ kserokopia postanowienia prokuratury o wszczęciu postępowania karnego lub zawieszeniu/ umorzeniu postępowania
- ☐ kserokopia statystycznej karty zgonu lub zaświadczenie lekarskie stwierdzające przyczynę zgonu, skrócony odpis aktu zgonu (w przypadku wypadku ze skutkiem śmiertelnym)
- ☐ dokumenty potwierdzające prawo do wydania karty wypadku osobie innej niż poszkodowany (m.in. skrócony odpis aktu urodzenia, skrócony odpis aktu małżeństwa, pełnomocnictwo)
- ☒ inne dokumenty:

**FAKTURA PODNIERDZIE ZE WSPADEK BOLI W PRACY**

Podaj jakie, np.: dokumenty dotyczące udzielonej pomocy medycznej, umowa na wykonywaną usługę, faktura, rachunek, notatka z policji, ksero mandatu karnego, itp.

Do           zobowiązuję się dostarczyć następujące dokumenty

dd / mm / rrrr

1.
2.
3.
4.
5.

## Sposób odbioru odpowiedzi

- ☐ w placówce ZUS (osobiście lub przez osobę upoważnioną) ☐ pocztą na adres do korespondencji wskazany we wniosku ☒ na moim koncie na Platformie Usług Elektronicznych (PUE ZUS)

Świadomy odpowiedzialności kamej za składanie nieprawdziwych zeznań, oświadczam, że dane zawarte w zawiadomieniu podałem zgodnie z prawdą, co potwierdzam złożonym podpisem.

Data

dd / mm / rrrr

Czytelny podpis

