



Zawiadomienie o wypadku

Instrukcja wypełniania

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

- prowadzi pozarolniczą działalność,
- 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. Pola wyboru zaznacz znakiem X
3. Wypełnij kolorem czarnym lub niebieskim (nie ołówkiem)

Dane osoby poszkodowanej

Rodzaj, seria i numer doku
potwierdzającego tożs.

Nazwisko

Data ur.

Miejsce ur.

Numer t.

Adres zamieszkania osoby poszkodowanej

Ulica

Numer domu

Kod pocztowy

Nazwa państwa

Podaj, jeśli adres jest inny niż polski

Adres ostatniego miejsca zamieszkania w Polsce / adres miejsca pobytu

Podaj adres ostatniego miejsca zamieszkania w Polsce, jeśli obecnie mieszkasz za granicą, ale wcześniej mieszkałeś w Polsce. Jeśli nie masz adresu zamieszkania, podaj adres miejsca pobytu lub adres ostatniego miejsca zamieszkania w Polsce

Ulica

Numer domu

Kod pocztowy

Numer lokalu

Miejscowość

Adres do korespondencji osoby poszkodowanej

Podaj, jeśli adres do korespondencji jest inny niż adres zamieszkania / adres ostatniego miejsca zamieszkania w Polsce / adres miejsca pobytu



adres



poste restante



skrytka pocztowa



przegródka pocztowa

Jeśli jako sposób korespondencji wybierzesz:

- poste restante, podaj jedynie kod pocztowy placówki pocztowej oraz w polu Miejscowość wpisz nazwę tej placówki,
- skrytkę pocztową / przegrodę pocztową, w polu Numer domu wpisz numer skrytki/przegrody, w polu Kod pocztowy wpisz kod pocztowy placówki oraz w polu Miejscowość wpisz nazwę placówki pocztowej.

Numer i

Kod poc

Nazwa pa

Podaj, jeśli Twój adres jest inny niż polski

Adres miejsca prowadzenia pozarolniczej działalności

Podaj, jeśli poszkodowany prowadzi pozarolniczą działalność albo współpracuje przy prowadzeniu takiej działalności

Ulica

Numer domu

Numer lokalu

Kod pocztowy

Miejscowość

Numer telefonu

Jeśli podasz tę informację, ułatwi nam to kontakt w Twojej sprawie.
To pole jest dobrowolne

Adres sprawowania opieki nad dzieckiem w wieku do lat 3

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

Ulica

Numer domu

Numer lokalu

Kod pocztowy

Miejscowość

Numer telefonu

Jeśli podasz tę informację, ułatwi nam to kontakt w Twojej sprawie.
To pole jest dobrowolne

Dane osoby, która zawiadamia o wypadku

Wypełnij, jeśli jesteś inną osobą niż poszkodowany

PESEL

Rodzaj, seria i numer dokumentu
potwierdzającego tożsamość

Podaj, jeśli nie masz nadanego numeru PESEL

Imię

Nazwisko

Data urodzenia

dd		mm		rrrr			

Numer telefonu

--

Jeśli podasz tę informację, ułatwi nam to kontakt w Twojej sprawie.
To pole jest dobrowolne.

Adres zamieszkania osoby, która zawiadamia o wypadku

Wypełnij, jeśli jesteś inną osobą niż poszkodowany

Ulica

--

Numer domu

--

Numer lokalu

--

Kod pocztowy

--

Miejscowość

--

Nazwa państwa

--

Podaj, jeśli Twój adres jest inny niż polski

Adres ostatniego miejsca zamieszkania w Polsce / adres miejsca pobytu osoby, która zawiadamia o wypadku

Wypełnij, jeśli jesteś inną osobą niż poszkodowany. Podaj adres ostatniego miejsca zamieszkania w Polsce, jeśli obecnie mieszkasz za granicą, ale wcześniej mieszkałeś w Polsce. Jeśli nie masz adresu zamieszkania, podaj adres miejsca pobytu lub adres ostatniego miejsca zamieszkania w Polsce.

Ulica

--

Numer domu

--

Numer lokalu

--

Kod pocztowy

--

Miejscowość

--

Adres do korespondencji osoby, która zawiadamia o wypadku

Wypełnij, jeśli jesteś inną osobą niż poszkodowany. Twój adres do korespondencji jest inny niż adres zamieszkania / adres ostatniego miejsca zamieszkania w Polsce / adres miejsca pobytu

☐

adres

☐

poście restante

☐

skrytka pocztowa

☐

przegródka pocztowa

Jeśli jako sposób korespondencji wybierzesz:

- poście restante, podaj jedynie kod pocztowy placówki pocztowej oraz w polu Miejscowość wpisz nazwę tej placówki,
- skrytkę pocztową / przegrodę pocztową, w polu Numer domu wpisz numer skrytki/przegrody, w polu Kod pocztowy wpisz kod pocztowy placówki oraz w polu Miejscowość wpisz nazwę placówki pocztowej

Ulica

--

Numer domu

--

Numer lokalu

--

Kod pocztowy

--

Miejscowość

--

Nazwa państwa

--

Podaj, jeśli Twój adres jest inny niż polski

Informacja o wypadku

1. Data wypadku

0	1	0	4	2	0	2	5
dd		mm		rrrr			

Godzina wypadku

13:00

2. Miejsce wypadku

LOKAL UZYTOKOWY

3. Planowana godzina rozpoczęcia pracy w dniu wypadku

8:00

Planowana godzina zakończenia pracy w dniu wypadku

17:00

4. Rodzaj doznanych urazów

GŁĘBOKA RANA CIĘTA PALCA ŚRODKOWEGO
PRAWIEJ DŁONI, STĘPLENIE PRAWIEJ DŁONI

5. Szczegółowy opis okoliczności, miejsca i przyczyn wypadku

Podczas pracy bieżnia transportowa zebrała przy rozkręcaniu jej
zestąpiła się z podnośnika i upadła na moją rękę - dłoń.
Samodzielnie udało mi się wyprostować rękę spod bieżni, rękę bardzo
bólota i miałem wywrócenie, że dłoń jest nieprawidłowa, środkowy palec
bardzo krótki, skóra po wewnętrznej stronie palca została rozerwana.
Sygnalizacja wydanyła się w najbliższym miejscu lokalizacji
urazów przy ul. []

Podaj szczegółowy opis okoliczności, miejsca i przyczyn wypadku

6. Czy była udzielona pierwsza pomoc medyczna:



TAK



NIE

Szpital i Wojewódzkie Specjalistyczne Centrum Onkologii i Traumatologii

Jeśli T

7. Organ, który prowadził postępowanie w sprawie wypadku

Podaj nazwę i adres organu, który prowadził postępowanie w sprawie wypadku (np. policja, prokuratura)

8. Czy wypadek powstał podczas obsługi maszyny, 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

☐ dokumenty potwierdzające prawo do wydania karty wypadku osobie innej niż poszkodowany (m.in. skrócony odpis aktu urodzenia, skrócony odpis aktu małżeństwa, pełnomocnictwo)

☐ Inne dokumenty:

--

Podaj jakie, np. dokumenty dotyczące udzielonej pomocy medycznej, umowa na wykonywanie usług, faktura, rachunek, notatka z policy, ksero mandatu karnego itp.

Do

dd	/	mm	/	rrrr
----	---	----	---	------

zobowiązuję się dostarczyć następujące dokumenty:

1.
2.
3.
4.
5.
6.
7.
8.

Sposób odbioru odpowiedzi:

☒ w placówce ZUS (osobiście lub przez osobę upoważnioną)

☒ pocztą na adres wskazany we wniosku

☐ na moim koncie na Platformie Usług Elektronicznych (PUE ZUS)

Oświadczam, że dane zawarte w zawiadomieniu podaje zgodnie z prawdą, co potwierdzam złożonym podpisem.

Data

0	2	0	9	2	0	2	5
---	---	---	---	---	---	---	---

dd / mm / rrrr

Czytelny podpis:

Informacje, o których mowa w art. 13 ust. 1 i 2 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (RODO), są dostępne w centrali lub terenowych jednostkach organizacyjnych ZUS oraz na stronie internetowej ZUS pod adresem: <https://bip.zus.pl/rodo>

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:	<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

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)