

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 pozaorganiczną działalność,
 - współpracuje przy prowadzeniu pozaorganiczej działalności
 - wykonuje pracę na podstawie umowy uaktyniającej (jako manu).
- Ustalimy wówczas okoliczności i przyczyny wypadku

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

1. Wypełnij WIELKIMI LITERAMI
2. Po każdym znaku zaznacz znakiem X
3. Wypełnij kolorem czarnym lub niebieskim (moż. ołówkiem)

Dane osoby poszkodowanej

PESEL	
Rodzaj, seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość	
Imię	203-6-10 STANISŁAW INSPEKTOR
Nazwisko	15. I
Data urodzenia	dd / mm / rrrr
Miejsce urodzenia	
Numer telefonu	
<small>Jest podana ta informacja, abyśmy mieli kontakt w Twojej sprawie. To pole jest dodatkowe.</small>	

Adres zamieszkania osoby poszkodowanej

Ulica	
Numer domu	Numer lokalu
Kod pocztowy	Miejscowość
Nazwa państwa	
<small>Podaż, jeśli adres jest inny niż polski</small>	

Adres ostatniego miejsca zamieszkania w Polsce / adres miejsca pobytu

Podaj adres ostatniego miejsca zamieszkania w Polsce, jeśli obecnie mieszkasz za granicą, zin wczesniej 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

EWYP

Adres do korespondencji osoby poszkodowanej

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

adres posta restante skrytka pocztowa przegródka pocztowa

Jeśli jako sposób korespondencji wybierasz:

- posta restante, podaj, jedyne kod pocztowy placówki poczтовej oraz w polu Miejscowość wpisz nazwę tej placówki.
- skrytkę pocztową / przegródkę pocztową, w polu Numer domu wpisz numer skrytki/przegródki, w polu Kod pocztowy wpisz kod pocztowy placówki oraz w polu Miejscowość wpisz nazwę placówki poczowej.

Ulica

Numer domu

Numer lokalu

Kod pocztowy

Miejscowość

Nazwa państwa

Podaż, jeśli Twój adres jest inny niż polski

Adres miejsca prowadzenia pozarolniczej działalności

Podaż, jeśli poszkodowany prowadzi pozarolniczą działalność lub współpracuje przy prowadzeniu takiej działalności

Ulica

Numer domu

Numer lokalu

Kod pocztowy

Miejscowość

Numer telefonu

Jest podasz tę informację, ustaw nam to kontakt w Twojej sprawie.

To pole jest dobrowolne

Adres sprawowania opieki nad dzieckiem w wieku do lat 3

Podaż, jeśli poszkodowany wykonywała pracę na podstawie umowy ustawywającej (jako nianka)

Ulica

Numer domu

Numer lokalu

Kod pocztowy

Miejscowość

Numer telefonu

Jest podasz tę informację, ustaw 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

2 EWYP

Data urodzenia dd / mm / rr

Numer telefonu

Jest podana ta informacja, o której nam to kontakt w Twojej sprawie.
Te pole jest dobrowolne.

Adres zamieszkania osoby, która zawiadamia o wypadku

Wypełnij, jeśli jesteś inną osobą niż poznawcą

Ulica

Numer domu

Numer lokalu

Kod pocztowy

Miejscowość

Nazwa państwa

Podaż je, jeśli Twój adres jest inny niż poznawcy

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

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

adres

posta restante

skrytka pocztowa

przegroda pocztowa

Jeśli jako sposób korespondencji wybierzesz

- posta restante, podaj jedyńkę kod pocztowy placówki pocztowej oraz w polu Miejscowość wpisz nazwę tej placówki.
- skrytkę pocztową i 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

Podaż, jeśli Twój adres jest inny niż poznawcy

Informacja o wypadku

1. Data wypadku dd / mm / rr

Godzina wypadku

2. Miejsce wypadku

3. Planowana godzina rozpoczęcia pracy w dniu wypadku

Planowana godzina zakończenia pracy w dniu wypadku

EWYP

- #### 4. Rodzaj doznałanych urazów

URAZ PARKU DPP. NDOM (EWIEJ
REX)

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

DNIA 08.04.2025r. TAKI ZROZUMIAŁ MÓWIĘC DLA MIEJSCE
GODZINM KOMISARZ CHCIĘĆM WIDZIĆ DOCUMENTY WŁAŚCICIELEK I SEGREGATOREM
DŁĘG WESZŁAM W DRA BAKIĘ O TRZECH STOPNIACH
I NISKOKOŚCI ZOSTAŁ TRZYMANYM SEGREGATOR W RĘKU JEGO
PRZESTĘPLATEM POGŁ KU KRAWELIĘ DRA BAKIĘ I STARCILANM
POUNOWAGE. ROZEM Z DOCUMENTAMI WDAŁEM W DŁĘG
BARK. TO CHWILI DO MOJEGO GABINETU WESZŁA PSEM ANIURA
Z PYTAŃM COŚ SIĘ STAŁO. OPODŁA KOMUNIKACJĘ
FRACE MYŚLACZĘ TO TAKO SŁUCHAĆM. KOLEJNE DNI NIE TRZYMAŁ
SĘ Y TORPARDY WIEC UDZIAŁ M SĘ PO LEKARZĘ KIBOJ WŁAŚCICIELEK
SKIEROWAŁE DO PORADNI CHIRURGICZNEJ DNIA 01.05.2025r.
PORADNI LEPKOJ SŁYFRADE UPŁA DARY, RUMENIA. BYŁO I PRACA ISKIERZKI
Przedruk zastrzeżony przez okoliczne media i jednostki wojewódzkie
Drukuj: 2025-04-08 10:00:00

6. Czy była uzależnia pierwsza pomoc medyczna: TAK NIE

TAK podaj nazwę i adres placówki szukaj zdrowia

7. Organ, który prowadzi postępowanie w sprawie wypadeku

Postępowanie i adres organu, który prowadzi postępowanie w sprawie wypadku (np. policja, prokuratura)

8. Czy wypadek powstał podczas obsługi maszyn, urządzeń TAK NIE

Jestem TAK, podaję przy tym, że użyczone 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:

EWYP

3

Dane świadków wypadku

Świadek wypadku - 1

Imię			
Nazwisko			
Ulica			
Num. domu		Numer lokalu	
Kod poczty		Miejscowość	
Nazwa państwa			

Podaj, jeśli adres świadka jest inny niż polski

Świadek wypadku - 2

Imię			
Nazwisko			
Ulica			
Num. domu		Numer lokalu	
Kod poczty		Miejscowość	
Nazwa państwa			

Podaj, jeśli adres świadka jest inny niż polski

Świadek wypadku - 3

Imię			
Nazwisko			
Ulica			
Num. domu		Numer lokalu	
Kod poczty		Miejscowość	
Nazwa państwa			

Podaj, jeśli adres świadka jest inny niż polski

Załączniki

- kserokopia karty informacyjnej ze szpitala zaświadczenie o udzieleniu pierwszej pomocy z pogotowia ratunkowego wraz z wywiadem
- kserokopia postanowienia prokuratury o wszczęciu postępowania karnego lub zawieszenia umorzenia postępowania
- kserokopia statystycznej karty zgonu lub zaświadczenie lekarskie stwierdzające przyczynę zgonu, skrócony odpis aktu zgonu (w przypadku wypadku ze skutkiem śmiertelnym)

EWYP

- dokumenty potwierdzające prawo do wydania karty wypadku osoby 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 wykonywaną usługę, faktura, rachunek, notatka z policji, karta mandatu kamego lp.

Do dd / mm / rr 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 wniesku na moim koncie na Platformie Usług Elektronicznych (PUE ZUS)

Dowiadczam, że dane zawarte w zawiadomieniu podają zgodnie z prawdą, co potwierdzam złożonym podpisem.

Data: dd / mm / rr
0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0



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/WWE (RODO), są dostępne w centrali lub terenowych jednostkach organizacyjnych ZUS oraz na stronie internetowej ZUS pod adresem: <https://blp.zus.pl>