

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

DOLÓD OSOBISTY

Jeśli nie ma numeru PESEL, podaj serię i numer innego dokumentu

Imię

Nazwisko

Data urodzenia

dd / mm / rrrr

Płeć

M

(K – kobieta/ M – mężczyzna)

Miejsce urodzenia:

Adres zamieszkania

Ulica

Numer domu

Numer lokalu

Kod pocztowy

Miejscowość

Gmina/ dzielnica

Nazwa państwa

POLSKA

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

POLSKA

Podaj, jeśli adres jest inny niż polski

Adres miejsca prowadzenia pozarolniczej działalności

Podaj, jeśli poszkodowany prowadzi albo współpracuje przy prowadzeniu pozarolniczej działalności

Ulica			
Numer domu		Numer lokalu	
Kod pocztowy			
Gmina/ dzielnica			
Numer telefonu			

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 nianna)

Ulica			
Numer domu		Numér lokalu	
Kod pocztowy			
Gmina/ dzielnica			
Numer telefonu			

Podaj numer telefonu – to ułatwi nam kontakt w tej sprawie

Dane osoby, która zawiadamia o wypadku

Wypełnij jeśli jesteś inną osobą niż poszkodowany

RESEL

Rodzaj, seria i numer dokumentu potwierdzającego lożsamość			
Jeśli nie masz numeru PESEL, podaj serię i numer innego dokumentu			
Imię			
Nazwisko			
Data urodzenia	dd	/	mm / rrrr
Numer telefonu			

Płeć
– kobieta/ M – mężczyzna)

Podaj numer telefonu – to ułatwi nam kontakt w tej sprawie

Adres zamieszkania

Wypełnij jeśli jesteś inną osobą niż poszkodowany

Ulica			
Numer domu		Numér lokalu	
Kod pocztowy			
Gmina/ dzielnica			
Nazwa państwa	POLSKA		

Podaj, jeśli Twój adres jest inny niż polski

Adres do korespondencji

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

Ulica		
Numer domu		Numer lokalu
Kod poczowy		
Gmina/ dzielnica		
Nazwa państwa		

(Podaj, jeśli Twój adres jest inny niż polski)

Informacja o wypadku

1. Data wypadku **15.11.2024** Godzina wypadku **Pred 13:00**

2. Miejsce wypadku **[]**

3. Planowana godzina rozpoczęcia pracy w dniu wypadku **7:00** Planowana godzina zakończenia pracy w dniu wypadku **16:00**

4. Rodzaj doznań urazów
**Rana szarpance, krość palca
 Szczypeliste zginęły palce lewej ręki (zginęły
 usiłując się z niej uciec) i tonie wewnątrz**

5. Szczegółowy opis okoliczności, miejsca i przyczyn wypadku

**podczas przewanianie się z tazem kuchennym prętami
 kuchennymi odwróciła się z tworzącą ciecie wyskoczyła
 w górkę tapicerkę mówiąc że lewa ręka bolała**

(Podaj szczegółowy opis okoliczności, miejsca i przyczyn wypadku)

6. Czy była udzielona pierwsza pomoc medyczna:



TAK



NIE

(Jeśli TAK, podaj nazwę i adres placówki służby zdrowia)

7. Organ, który prowadził postępowanie w sprawie wypadku

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

8. Czy wypadek powstał podczas obsługi maszyn, urządzeń:

TAK NIE

Maszyna była sprawnie używane tak jak zaleca producent

Jeśli TAK, podaj czy maszyna, urządzenie były sprawne i użytkowana 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 _____

Nazwisko _____

Ulica _____

Numer domu Numer lokalu Kod pocztowy Miejscowość Nazwa państwa

POLSKA

Podaj, jeśli adres świadka jest inny niż polski

Świadek wypadku – 2

Imię _____

Nazwisko _____

Ulica _____

Numer domu Numer lokalu Kod pocztowy Miejscowość Nazwa państwa

Podaj, jeśli adres świadka jest inny niż polski

Świadek wypadku – 3

Imię			
Nazwisko			
Ulica			
Numer domu		Numer lokalu	
Kod poczowy		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 posłanowienia prokuratury o wszczęciu postępowania karnego lub zawieszeniu/ umorzeniu postępowania
- Kserokopia sądyskiej 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:

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

Do

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

zobowiązuję się dostarczyć następujące dokumenty

1. DIAGNOSTYKA OBRAZOWA ze zdr. ujem.
2. KARTA WYMAGAĆ SIĘ LECENIA SZPITALNEGO
3. HISTORIA ZDROWIA I CHOROBY
- 4.
- 5.
- 6.
- 7.
- 8.

Sposób odbioru odpowiedzi

- w placówce ZUS (osobiście lub
przez osobę upoważnioną) pocztą na adres do korespondencji
wskażany we wniosku na e-mail koncile na Platformie
Uslug Elektronicznych (PUE ZUS)

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

Data

02 12 2024

dd / mm / yyyy

Złożony 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: <http://blp.zus.pl/rodo/rodo-klauzule-informacyjne>