

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,
 - 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 olówkiem)

Dane osoby poszkodowanej

PESEL	<input type="text"/>	v
Rodzaj, seria i numer dokumentu potwierdzającego lożsamość	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Imię	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Nazwisko	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Data urodzenia	<input type="text"/>	
Miejsce urodzenia	<input type="text"/>	
Numer telefonu	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<small>Jeśli podasz tę informację, ułatwi nam to kontakt w Twojej sprawie. To pole jest dobrowolne</small>		

Adres zamieszkania osoby poszkodowanej

Ulica	<input type="text"/>	<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"/>		
<small>Podaj, 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, ale wcześniej mieszkałeś w Polsce. Jeśli nie masz adresu zamieszkania, podaj adres miejsca pobytu lub adres ostatniego miejsca zamieszkania w Polsce

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

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 / 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 pocztowej.

Ulica

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

Numer domu

<input type="text"/>	<input type="text"/>	Numer lokalu	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	--------------	----------------------

Kod pocztowy

<input type="text"/>	Miejscowość	<input type="text"/>
----------------------	-------------	----------------------

Nazwa państwa

<input type="text"/>

Podaj, jeśli Twój adres jest inny niż polski

Adres miejsca prowadzenia pozarolniczej działalności

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

Ulica

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

Numer domu

<input type="text"/>	<input type="text"/>	Numer lokalu	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	--------------	----------------------

Kod pocztowy

<input type="text"/>	Miejscowość	<input type="text"/>
----------------------	-------------	----------------------

Numer telefonu

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

Jeśli po
To pole jest dobrowolne**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"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

Numer domu

<input type="text"/>	Numer lokalu	<input type="text"/>
----------------------	--------------	----------------------

Kod pocztowy

<input type="text"/>	Miejscowość	<input type="text"/>
----------------------	-------------	----------------------

Numer telefonu

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

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

<input type="text"/>					
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

Rodzaj, seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość

<input type="text"/>

Podaj, jeśli nie masz nadanego numeru PESEL

Imię

<input type="text"/>

Nazwisko

<input type="text"/>

Data urodzenia

dd	/	mm	/	yyyy
----	---	----	---	------

Numer telefonu

Jeśli podasz tę informację, ułatw 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 poczty

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 poczty

Miejscowość

Adres do korespondencji osoby, która zawiadamia o wypadku

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

 adres poste restante skryłka pocztowa przegródka pocztowa

Jeśli jako sposób korespondencji wybierzesz:

- poste restante, podaj jedynie kod pocztowy placówki poczowej oraz w polu Miejscowość wpisz nazwę tej placówki, skryłkę pocztową / przegródkę pocztową, w polu Numer domu wpisz numer skrytki/przegródki, w polu Kod poczty wpisz kod pocztowy placówki oraz w polu Miejscowość wpisz nazwę placówki poczowej.

Ulica

Numer domu

Numer lokalu

Kod poczty

Miejscowość

Nazwa państwa

Podaj, jeśli Twój adres jest inny niż polski

Informacja o wypadku Czarteri

1. Data wypadku

2	6	0	9	2	0	2	5
---	---	---	---	---	---	---	---

Godzina wypadku

11	00
----	----

2. Miejsce wypadku

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------

3. Planowana godzina rozpoczęcia pracy
w dniu wypadku

8	00
---	----

Planowana godzina zakończenia pracy
w dniu wypadku

15	00
----	----

4. Rodzaj doznanych urazów

AMPUTACJA CZEŚCI PALCA
WSKRZĄJĄCEGO PRAWEJ RĘKI

5. Szczegółowy opis okoliczności, miejsca i przyczyn wypadku

W DNIU 24.04.25.r. ROZPODZIĘM PRACE POLEGAJĄCE NA UZUPEŁNIENIU BRAKUJĄCEGO PARCIELU W PODEDZIE PRĘWNIAWEJ BUKLOWEJ. CHCĄC PRZYCINAĆ KILKA KLEPKÓW WŁĄCZYCIELM PIEĘ I UBURZYĆ WŁIOŁEK KLEPKĘ O WYMIAΡACH OK. 20x5cm. i PRZYŁOŻYĆ JĘ DO TARCZY. W PEWNYM MOMENCIE DOTKŁAŁEM DBRACĄJĄCEJ SIĘ TARCZY I DODZIAŁO DO WYPROKU. ZAWIWAŁEGU PALCA I POJECHIĘGĘ DO SZPITALA.

Podaj szczegółowy opis okoliczności, miejsca i przyczyn wypadku

6. Czy była udzielona pierwsza pomoc medyczna:

TAK

NIE

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 maszyn, urządzeń:

TAK

NIE

ROBILNIA TARCZOWA PIEŃ STOŁOWA MARKI

MASZYNA SPRAWNA, UŻYWANA ZGODNIE Z ZASADAMI PRODUCENTA

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

świadczenie świadków wypadkużadek 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 poczty	<input type="text"/>	Miejscowość	<input type="text"/>
Nazwa państwa	<input type="text"/>		
Podaj, jeśli adres świadka jest inny niż polski			

żadek 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 poczty	<input type="text"/>	Miejscowość	<input type="text"/>
Nazwa państwa	<input type="text"/>		
Podaj, jeśli adres świadka jest inny niż polski			

żadek 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 poczty	<input type="text"/>	Miejscowość	<input type="text"/>
Nazwa państwa	<input type="text"/>		
Podaj, jeśli adres świadka jest inny niż polski			

znaki

kserokopia karty informacyjnej ze szpitala/ zaświadczenie o udzieleniu pierwszej pomocy z pogotowia ratunkowego wraz z wywiadem

kserokopia postanowienia prokuratury o wszczęciu postępowania karnego lub zawieszeniu/ umorzeniu postępowania

kserokopia stałystycznej 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, notačka z policji, ksero mandatu karnego itp.

Do

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

 z d d / m m / r r r r 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 zaświadczenie podaje zgodnie z prawdą, co potwierdzam złożonym podpisem.

Data

3	0	0	5	2	0	2	5
---	---	---	---	---	---	---	---

 dd / mm / rrrr

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>