

Data 2015-05-06

Sekretarz

H.

(Oświadczenie o wypadku)

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,
 - współprowadzi przy prowadzeniu pozarolniczej działalności,
 - wykonuje pracę na podstawie umowy uaktywniającej (jako niańka).
- Ustalmy wówczas okoliczności i przyczyny wypadku.

Zanim wypełnisz formularz, zapoznaj się z dołączoną do niego

1. Wypełnij WIELKIMI LITERAMI
2. Po każdym zaznaczenia znakiem X
3. Wypełnij kolorem czarnym lub niebieskim (nie ołówkiem)

Podpis

L. zał.

Dane osoby poszkodowanej**PESEL**

Podaj, sara i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość

Imię

Nazwisko

Data urodzenia

dd / mm / rr

Miejsce urodzenia

Numer telefonu

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

Adres zamieszkania osoby poszkodowanej

Numer lokalu

Kod pocztowy

Miejscowość

Nazwa państwa

Podaj, jeśli adres jest inny niż polski

Adres obecnego miejsca zamieszkania w Polsce / adres miejsca pobytu

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

Ulica

- j/w

Numer lokalu

Numer domu

- j/w

Kod pocztowy

j/w

Miejscowość

j/w

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 Numer domu Numer lokalu Kod pocztowy Miejscowość Nazwa państwa

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 nielana)

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, wówczas podaj adres zamieszkania 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 i Twój adres do korespondencji jest inny niż adres zamieszkania / adres ostatniego miejsca zamieszkania w Polsce / adres miejsca pobytu

adres

poste restante

skrytka pocztowa

przegródka pocztowa

Jedynie jedno z poniższych 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

Numer domu Numer lokalu

Kod pocztowy Miejscowość

Nazwa państwa

Podaj, jeśli Twój adres jest inny niż polski

Informacja o wypadku

1. Data wypadku

dd / mm / rrrr

Godzina wypadku

2. Miejsce wypadku

3. Planowana godzina rozpoczęcia prac
w dniu wypadku

Planowana godzina zakończenia prac
w dniu wypadku

4. Rodzaj doznanych urazów

Uraz głowy, barku prawa i żebry

5. Szczegółowy opis okoliczności, miejsca i przyczyn wypadku

Opis zdarzenia w zatoczeniu.

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 (np. policja, prokuratura)

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 jak sposob

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"/>	
Nazwa państwa	<input type="text"/> fiji	

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"/>	
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"/>	
Nazwa państwa	<input type="text"/>	

Podaj, jeśli adres świadka jest inny niż polski

Załączniki

- załączniki informacyjne ze szpitala zaświadczenie o udzieleniu pierwszej pomocy z pogotowia ratunkowego wraz z wyniesieniem
- zaświadczenie osiągnięcia prokuratury o wszczęciu postępowania karnego lub zawieszeniu/ umorzeniu postępowania
- zaświadczenie lekarskie zgonu lub zaświadczenie lekarskie stwierdzające przyczynę zgonu, skrócony odpis aktu zgonu (jeśli zgonu 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:

Opis zdarzenia ZAŁĄCZNIK 1

Podaj jakie, np. dokumenty dotyczące udzielonej pomocy medycznej, umowa na wykonywaną usługę, faktura, rachunek, notačka z policji, 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)



poczta 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

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>

ZAKŁĄD MIEJSKI

Prowadzę jednoosobową działalność gospodarczą – Pracownię Naprawy Obuwia
PRZY

Praca w Pracowni zorganizowana jest w ten sposób, że w godzinach 9:00-16:00 moja praca polega na byciu dostępnym dla klienta – przyjmowaniu i wydawaniu obuwia i wykonywaniu prac „na miejscu”. Natomiast dopiero po godz. 16:00 przystępuję do pracy zasadniczej, tj. wykonywaniu zleconych usług, które odbywają się do późnych godzin wieczornych. Prócz tego do zwykłych czynności związanych z moją pracą zaliczają się też obowiązki wynikające z realizacji przepisów prawa skierowanych do osób prowadzących działalność gospodarczą, w tym obowiązki księgowie, rejestrowe, czy podatkowe.

W dniu 02/05/2025 około godz. 18:00 podczas wykonywania pracy w swojej Pracowni otrzymałem przypominający telefon od księgowej z prośbą o dostarczenie jeszcze przed weekendem dokumentów (raportu z kasy fiskalnej) celem dopełnienia obowiązków podatkowych. Biuro księgowej mieści się przy około 1000m od miejsca prowadzenia przeze mnie działalności gospodarczej, udało się tam rowerem.

Po powrocie przed wejściem do Pracowni, przewróciłem się na stopień upadając bezwiednie całym ciałem. Po zejściu z roweru, niefortunnie zaczepiłem czubkiem buta o podłożę, co doprowadziło do utraty równowagi i gwałtownego upadku na bruk, żebra i twarz. Zdarzenie było nagłe i niespodziewane, nie miałem możliwości asekurowania się. Po zatamowaniu krwotoku z nosa przystąpiłem do dalszej pracy.

Uzniem, że ból, który mi towarzyszył spowodowany był silnym stłuczeniem. Kolejnego dnia 3/05/2025 okazało się, że na mojej twarzy pojawiły się zasinienia i krwiaki wokół oczu, które były wynikiem stłuczenia nosa i ból barku uniemożliwiający ruch ręką w obręczy barkowej – co w dalszej kolejności uniemożliwiło mi pracę.

godzinach popołudniowych udało się na odział SOR przy
alsze czynności i opis urazu opisane są w karcie informacyjnej z
leczenia szpitalnego.

26. 05. 2025.

