



Zawiadomienie o wypadku

Instrukcja wypełniania

Wypełnij ten formularz i prześlij go do nas, jeśli wypadki przy pracy/ wypadki 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).
- Ustalmy 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

PESEL

Rodzaj, seria i numer dokumentu
potwierdzającego tożsamość

Imię

Nazwisko

Data urodzenia

Miejsce urodzenia

Numer telefonu

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

Adres zamieszkania osoby poszkodowanej

Ulica

Numer domu

Kod pocztowy

Nazwa państwa

Podaj, jeśli adres jest inny niż polski

STARSZY REFERENT

Adres do korespondencji osoby poszkodowanej

Podaj, jeśli adres do korespondencji jest inny niż adres zamieszkania

Ulica

Numer domu

Kod pocztowy

Nazwa państwa

Numer lokalu

Miejscowość

Podaj, jeśli adres jest inny niż polski

Adres do korespondencji osoby, która zawiadomiła o wypadku

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

Ulica

Numer domu Numer lokalu

Kod pocztowy Miejscowość

Nazwa państwa

Podać, jeśli Twój adres jest inny niż polski

Informacja o wypadku

1. Data wypadku Godzina wypadku
dd / mm / rrrr
2. Miejsce wypadku
3. Planowana godzina rozpoczęcia pracy w dniu wypadku Planowana godzina zakończenia pracy w dniu wypadku
4. Rodzaj doznanych urazów

Łamowanie kości goleni lewej z uszkodzeniem więzadła krzyżowego.

5. Szczegółowy opis okoliczności, miejsca i przyczyn wypadku

Zdarzenie miało miejsce na terenie boży transportowej. Przed wypadkiem w trasę wykonując obsługę codzienną, i oglądając stan pojazdu i HDS urządzenie odciążowe, zstępując po schodach tyłem do kierunku zachodzenia, wykonując obrót na ostatnim stopniu schodów dozwoleń wazn.

Zeznawam że wraz nie posiadałem osłatek podtrzymać się czy też posilżnić.

Podać szczegóły opisu okoliczności, miejsca i przyczyn wypadku

6. Czy była udzielona pierwsza pomoc medyczna:



TAK



NIE

SP.2202

Jeśli TAK, podać nazwę i adres placówki służby zdrowia

Świadek wypadku – 3

Informuję że nie było świadków wypadku.

Imię

Nazwisko

Ulica

Numer domu

Numer lokalu

Kod pocztowy

Miejscowość

Nazwa państwa

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

Wydruk CEIDG

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

Do

dd	/	mm	/	rrrr			

zobowiązuję się dostarczyć następujące dokumenty:

1.

2.

3.

4.

5.

6.

7.

8.