

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 niebleskim (nie olówkiem)

Dane osoby poszkodowanej

PESEL

Rodzaj, seria i numer dokumentu potwierdzającego lożsamość

Imię

Nazwisko

Data urodzenia

Miejsce urodzenia

Numer telefonu

Jeśli podasz tę informację, otrzymasz...
To pole jest dobrowolne

Adres zamieszkania osoby poszkodowanej

Ulica

Numer domu

Kod pocztowy

Nazwa państwa

Podaj, jeśli adres jest inny niż polski

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

Numer domu

Numer lokalu

Kod pocztowy

Miejscowość

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 poczlowa

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

Kod pocztowy

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 nielania)

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 pocztyowy

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 pocztyowy

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

skrytkę pocztową

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 pocztyowy wpisz kod pocztowy placówki oraz w polu Miejscowość wpisz nazwę placówki pocztowej.

Ulica

Numer domu

Numer lokalu

Kod pocztyowy

Miejscowość

Nazwa państwa

Podaj, jeśli Twój adres jest inny niż polski

Informacja o wypadku

1. Data wypadku

15 11 2024
dd / mm / rrrr

Godzina wypadku

11:00

2. Miejsce wypadku

3. Planowana godzina rozpoczęcia pracy w dniu wypadku

6:00

Planowana godzina zakończenia pracy w dniu wypadku

16:00

4. Rodzaj doznań urazów

OPARZENIE TERMICZNE STOPNIA III OKOLICY
POTU TOKIOWEGO LEWEGO 3%
POWIĘRZCHNI CIAŁA.

5. Szczegółowy opis okoliczności, miejsca i przyczyn wypadku

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

BRĄK

Podaj nazwę i adres organu, który prowadził postępowanie w sprawie wypadku (np. policja, prokuratura)

8. Czy wypadek powstał podczas obsługi maszyn, urządzeń:

TAK

NIE

MASZYNA SPRAWNA I UŻYTKOWANIA ZGODNIE Z
ZASADAMI PRODUCENTA (SPAŁWARKA)
WYKONYWANIE POŁĄCZEŃ SPAŁAWYCH.

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

W dniu 15.11.2024 r. WYKONYWAŁEM PRACE SPAWALNICZE NA
ZMIANIE OD GODZ. 6⁰⁰ DO GODZ. 11⁰⁰ MAMY BEZPOŚREDNIM
PREDŁOŻONYM BYŁ MISTRZ. TOJE MIEJSCE PRACY
WIAJDOWAŁO SIĘ W HALI SPAWALNICZEJ. DŁUGI MISTRZ
D POCZĄTKU ZMIANY WYKONYWAŁEM PRACE ZEGCONE (ZADANE) PRZEZ
EZPOŚREDNIEGO PREDŁOŻONEGO MISTRZA.
OBOK MOJEGO STANOWISKA PRACOWAŁ INNY PRACOWNIK
NIE MIELIŚMY ZE SOBĄ KONTAKTU WZROKOWEGO. MOJA PRACA
DŁĘGAŁA NA WYKONYWANIU POŁĄCZEŃ SPAWANYCH W PODPORACH
KONSTRUKCJI STALOWA). PODPORA BYŁA UMIESZCZONA NA KOŁACH
(WYS. KOŁA OK. 0,75m). OK. GODZ 11⁰⁰ PODCZAS PROCESU SPAWANIA
OCZUŁEM NARASTAJĄCE CIEPŁO W OKOLICY ŁOKCIA PO STRONIE
IWNĘTRZNEJ. UCZUCIE CIEPŁA NATŁĘ ZACZĘŁO Gwałtownie NAPASIAĆ
OŚCIĄGNIĘCIU PRZYEBICY Z GŁOWY ZOBACZYTEM, ŻE PALI MI SIĘ
ODIEŻ OCHRONNA NA LEWYM PRZEDRAMIENIU. NATYCHMIAS
DZIAŁCZESZMĘ SCIGAĆMĘ ODIEŻY OCHRONNEJ Z CIAŁA.
PARZENIA WYWOLETAŁ DUŻY BÓL W ZWIĘZŁKU TYM GŁOSNO
PRZYUATEM. KRZYKI USTYSZIŁ PRACUJĄCY OBOK
PO ZDJĘCIU ODIEŻY OCHRONNEJ PODRZĘDZĘ DO MNIE
I UDALIŚMY SIĘ DO MISTRZA.

KTÓRY UDZIELIŁ MI POMOCY PRZEDMEDYCNEJ. NASTĘPNIE
ZAWIÓZŁ MNE DO PRZYCHODNI. TAK PO UDZIĘLENIA
POMOCY MEDYCZNEJ SKIEROWAŁ MNIĘ DO ██████████ SZPITAL
MIEJSKI, A PÓŹNIEJ DO CENTRUM OPARZEŃ
TAK PO PRZEPROWADZENIU
ADANU STWIERDZONO VRATĘ W POSTACI OPARZENIA TERMICZNEGO
TOPNA II OKOLICY. DŁUŁ ŁOKCIOWEGO LEWEGO: 3%
ODLIERZCZAWI CIAŁA. PObYŁ W SZPITALU OD 15.11.2024 —
16.12.2024r.

Dane świadków wypadkuŚwiadek wypadku ~ 1

Imię _____

Nazwisko _____

Ulica _____

Numer domu _____

Kod poczłowy _____

Nazwa państwa _____

Podaj, jeśli adres świadka jest inny niż polski _____

Świadek wypadku ~ 2

Imię _____

Nazwisko _____

Ulica _____

Numer domu _____

Kod poczłowy _____

Nazwa państwa _____

Podaj, jeśli adres świadka jest inny niż polski _____

Świadek wypadku ~ 3

Imię _____

Nazwisko _____

Ulica _____

Numer domu _____

Numer lokalu _____

Kod poczłowy _____

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 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:

KARTA INFORMACYJNA

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.
2.
3.
4.
5.
6.
7.
8.

Sposób odbioru odpowiedzi

w placówce ZUS (osobiście lub
przez osobę upoważnioną)

pocztą na adres
wskażany we wniosku

na momencie na Platformie
Uslug Elektronicznych (PUE ZUS)

Oświadczam, że dane zawarte w zaświadczenie podaje zgodnie z prawdą, co potwierdzam złożonym podpisem.

Data

03 02 2025

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>

