

WY/1/2024

EWYP



ZAKŁAD
UBEZPIECZEŃ
SPOŁECZNYCH

Zawiadomienie o wypadku

Instrukcja wypełniania

Wypełnij ten formularz i przekaz 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).

STARCZY DLA KONTENT

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 niebleskim (nie ołówkiem)

KOR

Dane osoby poszkodowanej

PESEL

Rodzaj, seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość

Imię

Nazwisko

Z	ZAKŁAD UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH	
SER. 1	2	24.12.2024
		Data urodzenia
		Miejsce urodzenia
		Numery telefonu

To pole jest obowiązkowe

Adres zamieszkania osoby poszkodowanej

Ulica

Numer domu

Kod pocztowy

Nazwa państwa

Podaż, jeśli adres jest inny niż polski

Adres do korespondencji osoby poszkodowanej

Podaż, jeśli adres do korespondencji jest inny niż adres zamieszkania

Ulica

Numer domu

Numer lokalu

Kod pocztowy

Miejscowość

Nazwa państwa

Podaż, jeśli adres jest inny niż polski

Adres instancji prowadzącej pozarolniczą działalność

Podaj, jeśli prowadzony jest działalność pozarolniczą dzialeńczo albo współpracuje przy prowadzeniu takiej działalności

Ulica

Numer domu

Numer lokalu

Kod pocztowy

Miejscowość

Numer telefonu

Jeśli podasz nam tę informację, ułatwimy nam to kontakt w Twojej sprawie.
To pole jest dobrowolneAdres sprawowania opieki nad dzieckiem w wieku do lat 3

Podaj, jeśli poszkodowany wykonuje pracę na podstawie umowy uaktywniającej (jako niania)

Ulica

Numer domu

Numer lokalu

Kod pocztowy

Miejscowość

Numer telefonu

Jeśli podasz nam tę informację, ułatwimy nam to kontakt w Twojej sprawie.
To pole jest dobrowolneDane osoby, która zawładamia 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 / rr

Numer telefonu

Jeśli podasz nam tę informację, ułatwimy nam to kontakt w Twojej sprawie.
To pole jest dobrowolneAdres zamieszkania osoby, która zawładamia 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 do korespondencji osoby, która zawładamia 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

Podaj, jeśli Twój adres jest inny niż polski

Informacja o wypadku

1. Data wypadku

19 11 20 24
dd / mm / rr

Godzina wypadku

7:01

2. Miejsce wypadku

3. Planowana godzina rozpoczęcia pracy
w dniu wypadku

7:00

Planowana godzina zakończenia pracy
w dniu wypadku

17:30

4. Rodzaj doznań urazów

ZŁAUSZ NADAJ KOSTRZ PRZYGŁĘBNIOWEJ

5. Szczegółowy opis okoliczności, miejsca i przyczyn wypadku

WSZEDŁEM NA TEREN STOCZNIA, NASTĘPNIE PONIĘ POSZEDŁEM W KIERUNKU KONTENERA ALUMACO ABY ODBIĆ SIĘ DODATKOWYM CHIPEM POTWIERDZAJĄC MÓJ OBECNOŚĆ W PRACY. PRZECHODZIĘC PBOJKI BETONOWYCH PŁYT POKNAŁEM SIĘ O METALOWY PRĘT/DRUT KTÓRY Z NICH WYSTAWAŁ.

UPADŁEM NA ZIEMIE. PRÓBOWAŁEM RATOWAĆ SIĘ REKAMI RRZĘD UPADKIEM I NIEFORTUNNIE UPADŁEM NAREKĘ. POCZUŁEM SILNY BÓL ŁOKCIA I NADGARSTKA. NA MIEJSCE PRACY ZOSTAŁEM ODESLANY DO LEKARZA STOCZNIAWEGO. LEKARZ STOCZNIAWY ODESLAŁ MNIĘ DO SZPITALA NA ZDJĘCIE RENTGENOWSKE.

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 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 NIEDane świadków wypadku

Świadek wypadku – 1

Imię _____

Nazwisko _____

Ulica _____

Numer domu _____ Numer lokalu _____

Kod pocztowy _____ Miejscowość _____

Nazwa państwa _____

Podaż, jeśli adres świadka jest inny niż polski

Świadek wypadku – 2

Imię _____

Nazwisko _____

Ulica _____

Numer domu _____ Numer lokalu _____

Kod pocztowy _____ Miejscowość _____

Nazwa państwa _____

Podaż, jeśli adres świadka jest inny niż polski

EWYP**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 poczтовy	<input type="text"/>	Miejscowość <input type="text"/>
Nazwa państwa <input type="text"/>		

Podaż, jeśli adres świadka jest inny niż polski

Załączniki

- Kserokopia karty informacyjnej ze szpitala/ zaświadczenie o udzieleniu pierwszej pomocy z pogotowia ratunkowego wraz z wywadem
- 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:

Podaż, jakież, 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) pocztą na adres do korespondencji
wskażany we wniosku na momencie konca na Platformie
Uslug Elektronicznych (PUE ZUS)

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

Data

1	9	1	2	2	0	2	4
dd	/	mm	/	rrr			

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>