

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 ołówkiem)

Dane osoby poszkodowanej

Rodzaj, seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość:

Numer:

Data ur.:

Miejsce ur.:

Numer:

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 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.

Numer:

Kod poc.

Nazwa pl.

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 prace na podstawie umowy uaktywniającej (jako niania)

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	/	yyyy
----	---	----	---	------

Numer telefonu:

Jeśli podasz te informacje, 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, 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, która zawiadamia o wypadku

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

 adres

 posle restante

 skrytka pocztowa

 przegródka pocztowa

Jeśli jako sposób korespondencji wybierzesz:

- posle restante, podaj jedyńkę 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 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:

0	1	0	4	2	0	2	5
dd	/	mm	/	yyyy			

Godzina wypadku:

13	:	00
----	---	----

2. Miejsce wypadku:

60	KL	074	16044
----	----	-----	-------

--

3. Planowana godzina rozpoczęcia pracy w dniu wypadku:

8:00

Planowana godzina zakończenia pracy w dniu wypadku:

17:00

4. Rodzaj doznanych urazów:

GŁĘBOKA RANIA CIĘŻKA PALCĄ SKÓRZOWEGO
PRAWEJ RĘKI, STĘCLENIE PRAWEJ RĘKI.

5. Szczegółowy opis okoliczności, miejsca i przyczyn wypadku:

Podczas pracy bieżnia kropeca zasypał mi rozkłucamia jej
zeszugała się z podnośnika i uderiła moje ręce - dłoń.
Samochodzie nie miało się wydostać z podnośnika, było bardzo
słabego i miałem wrażenie, że dłoń jest nieporuszona. Skórzowy palec
kamieniu skrącił, skora po nieuwagowej stronie palca zasypała rokami.
Sytuacja wydała się w myśl myślom ogniemie kolana
użytkowni przy u. [redakcja]

Podaj szczegółowy opis okoliczności, miejsca i przyczyn wypadku

6. Czy była udzielona pierwsza pomoc medyczna:

TAK NIE

Szpital i wojewódzkie Naukowe Centrum Onkologii i Transplantologii

Jeśli TAK

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 jaki sposób

9. Czy maszyna, urządzenie posiadały test/ deklarację zgodności:

TAK NIE

10. Czy maszyna, urządzenie zostało wpisane do ewidencji środków trwałych:

TAK NIE

- dokumenty potwierdzające prawo do wydania karty wypadku osobie innnej niż poszkodowany (m.in. skrócony odpis aktu urodzenia; skrócony odpis aktu małżeństwa; pełnomocnictwo)
- Inne dokumenty:

--

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

Do

dd	/	mm	/	rrrr	

zobowiązuje 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:
wskażany we wniośku



na/mim koncie na Platformie
Uslug Elektronicznych (PUE:ZUS)

Oświadczam, że dane zawarte w załączonym wniosku 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://blp.zus.pl/rodo>

Dane świadków wypadku**Świadek wypadku – 1**Imię: Nazwisko: Ulica: Numer domu: Numer lokalu: Kod pocztowy: Miejscowość: Nazwa państwa:

Podaj, jeśli adres świadka jest inny niż polski

Świadek wypadku – 2Imię: Nazwisko: Ulica: Numer domu: Numer lokalu: Kod pocztowy: Miejscowość: Nazwa państwa:

Podaj, jeśli adres świadka jest inny niż polski

Świadek wypadku – 3Imię: Nazwisko: Ulica: Numer domu: Numer lokalu: Kod pocztowy: 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 przyczyny zgonu, skrócony odpis aktu zgonu (w przypadku wypadku ze skutkiem śmiertelnym)