

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 gospodarczą,
- 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. Wypełnij kolorem czarnym lub niebieskim (nie ołówkiem)
3. Pola wyboru zaznacz znakiem X

Wypełniono 2025 -03- 07 14
L. zat.

Dane osoby poszkodowanej**PESEL**

Rodzaj, seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość

Imię

Nazwisko

Data urodzenia

dd / mm / rr

Miejsce urodzenia

Adres zamieszkania osoby poszkodowanej

Ulica

Numer domu

Kod pocztowy

Gmina/ dzielnica

Nazwa państwa

Adres do korespondencji osoby poszkodowanej

Podaj, jeśli adres do korespondencji jest inny niż adres zamieszkania

Ulica

Numer domu

Numer lokalu

Kod pocztowy

Miejscowość

Gmina/ dzielnica

Nazwa państwa

Podaj, jeśli 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

Gmina/ dzielnica

Numer telefonu

Jeśli podasz nam 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 nielna)

Ulica

Numer domu

Numer lokalu

Kod pocztowy

Miejscowość

Gmina/ dzielnica

Numer telefonu

Jeśli podasz nam tę informację, ułatwia 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 nam tę informację, ułatwia 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

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Gmina/ dzielnica

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Nazwa państwa

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Podaj, jeśli Twój adres jest inny niż polski

Adres do korespondencji osoby, która zawiadomia 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 _____

Gmina/ dzielnica _____

Nazwa państwa _____

Podaj, jeśli Twój adres jest inny niż polski

Informacja o wypadku

1. Data wypadku

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

Godzina wypadku

11:30

2. Miejsce wypadku _____

3. Planowana godzina rozpoczęcia pracy w dniu wypadku

7:00

Planowana godzina zakończenia pracy w dniu wypadku

15:00

4. Rodzaj doznanych urazów

ANPUTACJA URAZONA, CAŁKONITA PALCÓW
II - IV RĘKI PRANEJ

5. Szczegółowy opis okoliczności, miejsca i przyczyn wypadku

N Czasie pracy na stolarni, przy
 podczas docinania płyty neblonej na file formowanej,
 cięty materiał zaklinował się pomiędzy listną
 pronadzącą a ostrzeniem file. W wyniku tego noja
 prana ręka znalazła się w rasiegu ruchonego
 ostrza, co spowodowało odcięcie trzech środkowych
 palców pranej ręki

Podaj szczegółowy opis okoliczności, miejsca i przyczyn wypadku

6. Czy była udzielona pierwsza pomoc medyczna:



TAK



NIE

POGOTONIE RATUNKOWE NEZNANE NA NIEJSCE NYPADKU

Jeśli TAK, podaj nazwę i adres placówki służby zdrowia

7. Organ, który prowadził postępowanie w sprawie wypadku

[Empty box for answer]

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

8. Czy wypadek powstał podczas obsługi maszyn, urządzeń: TAK NIE

**PILA FORMATONA NARKI RENA.
URZĄDZENIE SPRANNE W DNIU WYPADKU, UŻYTKONANE
ZGODNIE Z ZASADAMI PRODUCENTA**

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

Dane świadków wypadku**Świadek wypadku – 1**

Imię	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Nazwisko	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Ulica	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Numer domu	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Kod pocztowy	<input type="text"/>	Miejscowość <input type="text"/>
Nazwa państwa	<input type="text"/>	

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

Podaj, jeśli adres świadka jest inny niż polski

Świadek wypadku – 3

Imię		
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 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:

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

Do

--	--	--	--	--	--

 zobowiązuję się dostarczyć następujące dokumenty:
 dd / mm / rr

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 wnioskuna moim koncie na Platformie
Uslug Elektronicznych (PUE ZUS)

**Świadomy odpowiedzialności karnej za składanie nieprawdziwych zeznań oświadczam, że dane zawarte
w zawiadomieniu podałem zgodnie z prawdą, co potwierdzam złożonym podpisem.**

Data

19 | 02 | 2025

dd / mm / yyyy

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>