

**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**

PESEL

ej, seria i numer dokumentu  
potwierdzającego tożsamość

/

tożsamość potwierdzona

Imię

ECZNYCH  
wleczkim Nazwisko  
spłonieciu  
Tomasz  
Data urodzenia  
L. zat.  
Miejsce urodzenia  
/2000/  
Numer telefonu


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

**Adres zamieszkania osoby poszkodowanej**

Ulica

Numer domu

Kod pocztowy

Nazwa państwa

**Adres do korespondencji osoby poszkodowanej**

Podaj, jeśli adres do korespondencji jest inny niż adres zamieszkania

Ulica

Numer domu

Kod pocztowy

Nazwa państwa

**Adres miejsca prowadzenia pozarolniczej działalności**

Podaj, jeśli poszkodowany prowadzi pozarolniczą działalność albo współpracuje przy prowadzeniu takiej działalności

Ulica

Numer domu

Kod pocztowy

Numer telefonu

To pole jest dobrowolne

**Adres 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, 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

Imię

Nazwisko

Data urodzenia

Numer telefonu

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 do korespondencji osoby, która zawiadamia 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 **04 10 2024** Godzina wypadku **OK. 12:30**  
 dd / mm / rrrr

2. Miejsce wypadku \_\_\_\_\_

3. Planowana godzina rozpoczęcia pracy **6:00** Planowana godzina zakończenia pracy w dniu wypadku **17:00**

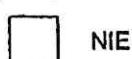
4. Rodzaj doznanych urazów  
**USZKODZENIE POGÓRYLNEGO EŁKOTKI  
 USZKODZENIE UŁKOTKI PRZY RĘCE KOLEJNEJ.  
 RESZTA CZEWA 2 GODZINIE ZOPISZEM  
 Z REZONASU MAGNETYCZNEGO**

## 5. Szczegółowy opis okoliczności, miejsca i przyczyn wypadku

W DNIU 04.10.2024. PODczas WYKONYWANIA CODZIENNYCH OBOWIĄZEKÓW ZWIĄZANYCH Z GMINY WŁODAWA, PLACZ, A MINIONECKIE PRACE KURIERÓW, KIEDY Wpadł MIĘ Z DOSTARCZANIEM PRZESYŁEK DO KLIĘTÓW. W TRAKCIE TAKIEGO DOSTARCZENIA WYSIADAKIEM Z PACZKI Z PEZESTRZEJKI KADUNOWEJ SAMOCHODU, NA NA NIERÓWNEJ POWIERZCHNI PODKRECIKA MIĘ LEWA NOGA I UDĘDZIĘKEM KOLANIE O DRUGIE. PONIĘKAZ MÓGŁEM CHODZIEĆ DO KONCZYKĘ TEGO Dnia SWOJĄ PRACĘ. JEDnak Z BIEGIEM CZASU BÓL WIEŚNIAŁ WIĘC W NIEDZIELĘ 06.10.24 WYDAŁE JĘ NA POL

Podaj szczegółowy opis okoliczności, miejsca i przyczyn wypadku do siedmiu linii

## 6. Czy była udzielona pierwsza pomoc medyczna:



SZPITAL W

Jeśli TAK, podaj nazwę i adres placówki służby zdrowia

## 7. Organ, który prowadził postępowanie w sprawie wypadku

*BRAIC*

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 posiada atest/ deklarację zgodności:  TAK  NIE10. Czy maszyna, urządzenie zostało wpisane do ewidencji środków trwałych:  TAK  NIE

## Dane świadków wypadku

## Świadek wypadku – 1

*BRAIC  
świaDkown*

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 – 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 poczty		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:

WYNIK REZONANSU MAGN.  
SKIEROWANIA  
~~PŁATNOŚĆ~~

Podaj jakie, np. dokumenty dotyczące udzielonej pomocy medycznej, umowa na wykonywaną usługę, faktura, rachunek, notařka 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  
wskazany we wniosku  na moim koncie na Platformie  
Uslug Elektronicznych (PUE ZUS)

Oświadczam, że dane zawarte w zawiadomieniu podaję zgodnie z prawdą, co potwierdzam złożonym podpisem.

Data

22 12 2024

dd / mm / yyyy

Czytelny podpis

Zgadzam się na ostateczyc brakujące  
dokumenty w ciągu 7 dni roboczych.

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>