

ZAWIADOMIENIE O WYPADKU

Instrukcja wypełniania

Wypełnij ten formularz i przekaz go do nas, jeśli wypadkowi przy pracy/ wypadkowi w drodze do pracy lub z przejazdem do pracy lub z powrotem do domu uległa osoba, która:

- prowadzi pozarolniczą działalność gospodarczą,
 - współpracuje przy prowadzeniu pozarolniczej działalności,
 - wykonuje pracę na podstawie umowy uaktywniającej (jako niania).
- Ustalimy wówczas okoliczności i przyczyny wypadku.

W	Współw.	2025 -06- 10
Nr Rej.		(A-3)

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

Dane osoby poszkodowanej

PESEL

Rodzaj, seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość

Jesli nie ma numeru PESEL, podaj serię i numer innego dokumentu

Imię _____
Nazwisko _____

Data urodzenia

dd / mm / rr

Płeć
(kobieta)
(mężczyzna)

Miejsce urodzenia

Adres zamieszkania

Ulica _____

Numer domu _____

Numer lokalu _____

Kod pocztowy [_____]

Miejscowość [_____]

Gmina/ dzielnica [_____]

Nazwa państwa [_____]

Podaj, jeśli adres jest inny niż polski

Adres do korespondencji

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 albo współpracuje przy prowadzeniu pozarolniczej działalności

Ulica []

Numer domu [] Numer lokalu []

Kod pocztowy [] Miejscowość []

Gmina/ dzielnica []

Numer telefonu []

Podaj numer telefonu – to ułatwi nam kontakt w tej sprawie

Adres sprawowania opieki nad dzieckiem w wieku do lat 3

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

Ulica []

Numer domu [] Numer lokalu []

Kod pocztowy [] Miejscowość []

Numer telefonu []

Ułatw nam kontakt w tej sprawie

Dane osoby, która zawiadamia o wypadku

Wypełnij jeśli jesteś inną osobą niż poszkodowany

PESEL []

Rodzaj, seria i numer dokumentu potwierdzającego []

numer PESEL, podaj serię i numer innego dokumentu

Imię []

Nazwisko []

Data urodzenia []
dd / mm / rrrr

Płeć

(K – kobieta/ M – mężczyzna) []

Numer telefonu []

Podaj numer telefonu – to ułatwi nam kontakt w tej sprawie

Adres zamieszkania

Wypełnij jeśli jesteś inną osobą niż poszkodowany

Numer domu [] Numer lokalu []

Kod pocztowy [] Miejscowość []

Gmina/ dzielnica []

Nazwa państwa []

Podaj, jeśli Twój adres jest inny niż polski

Adres do korespondencji

Podaj, jeśli adres do korespondencji jest inny niż adres zamieszkania
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

Informacja o wypadku

1. Data wypadku

Godzina wypadku

aa / mm / , , mm : ss

2. Miejsce wypadku

3. Planowana godzina rozpoczęcia pracy
w dniu wypadku

8:00

Planowana godzina zakończenia pracy
w dniu wypadku

16:00

4. Rodzaj doznanych urazów

Uszkodzenie piersi nogi (kolan)

5. Szczegółowy opis okoliczności, miejsca i przyczyn wypadku

*Nocą śpiąc w jasnym sypialni do sklepu
jednak nikt - Po powrocie do sypialni
wyjąć się zaczęły potykać się i uderzyć
konarami piersi nogi*

Podaj szczegółowy opis okoliczności, miejsca i przyczyn wypadku

6. Czy była udzielona pierwsza pomoc medyczna:



TAK



NIE

N202 Rzeszów Chodzisz - wieczór

Jeśli TAK, podaj nazwę i adres placówki służby zdrowia

7. Organ, który prowadził postępowanie w sprawie wypadku

[Redacted]

Podaj nazwę i adres organu, który prowadził postępowanie w sprawie wypadku (Policja, Prokuratura, inne)

8. Czy wypadek powstał podczas obsługi maszyn, urządzeń:

 TAK NIE

[Redacted]

Jeśli TAK, podaj czy maszyna, urządzenie były sprawne i użytkowane zgodnie z zasadami producenta i w jakim sposób

9. Czy maszyna, urządzenie posiada atest/ deklarację zgodności:

[Redacted]

NIE

10. Czy

 TAK NIE**Dane świadków wypadku**

Świadek wypadku - 1

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 poczowy		
Nazwa państwa		

Podaj, jeśli adres świadka jest inny niż polski

Załączniki

- Kserokopia karty informacyjnej ze szpitala/ zaświadczenie o udzieleniu pierwszej pomocy z pogotowia ratunkowego w 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 a zgonu (w przypadku wypadku ze skutkiem śmiertelnym)
- dokumenty potwierdzające prawo do wydania karty wypadku osobie Innej niż poszkodowany (m.in. skrócony odpis a urodzenia, skrócony odpis aktu małżeństwa, pełnomocnictwo)
- inne dokumenty:

Podaj Jakiś, np.: dokumenty dotyczące udzielonej pomocy medycznej, umowa na wykonywaną usługę, faktura, rachunek, notačka z poli ksero mandatu karnego, itp.

Do

dd	/	mm	/	rrr	

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 Usług Elektronicznych (PUE ZUS)

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

Data

10 06 2025
dd / mm / yyyy

Czytelny podpis

Informacja, o których mowa w art. 13 ust. 1 i 2 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/678 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: <http://bip.zus.pl/rodo/klaule-informacyjne>