

**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,
  - współtworzy przy prowadzeniu pozarolniczej działalności,
  - wykonuje pracę na podstawie umowy uaktywniającej (jako n)
- Ustalimy wówczas okoliczność 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)

Dziennik powiadomienia		
Wypełnięto	2024 -10- 16	L. zał.
Nr rej.: 878	(2)	88

**Dane osoby poszkodowanej:**

PESEL

Rodzaj, seria i numer dokumentu potwierdzającego lożsamość

Imię

Nazwisko

Data urodzenia

Miejsce urodzenia

Numer telefonu

Jeszcze podasz nam tę informację, ułatwi 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

Poczta

Ulica

Gminna i wiejska poczta

Numer domu

Numer lokalu

Kod pocztowy

Miejscowość

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

Numer lokalu

Kod pocztowy

Miejscowość

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 niania)

Ulica

Numer domu

Numer lokalu

Kod pocztowy

Miejscowość

Numer telefonu

Jeśli podasz nam tę informację, ułatw 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

dd	/	mm	/	rrrr
----	---	----	---	------

Numer telefonu

Jeśli podasz nam tę informację, ułatw 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 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

08102024  
dd / mm / rrrr

Godzina wypadku

13:30

2. Miejsce wypadku

3. Planowana godzina rozpoczęcia pracy  
w dniu wypadku

8:00

Planowana godzina zakończenia pracy  
w dniu wypadku

16:00

4. Rodzaj doznań urazów

Otwarta mama nadgarstka ręki lewej



5. Szczegółowy opis okoliczności, miejsca i przyczyn wypadku

Dnia 08.10.2024 r. Podczas ~~pracowni~~ aluniku matematycznego ~~szkolnego~~ przygotowującego do wykonyania 112 m/s usługi podczas rozkładanku z Auta dostawczego dormitem urazu w postaci otwartej ranę nadgarstka.

Podaj szczegółowy opis okoliczności, miejsca i przyczyn wypadku

6. Czy była udzielona pierwsza pomoc medyczna:

 TAK

 NIE

WOJEWÓDZKI SZPITAL SPECjalistyczny

## 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 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

Nazwisko

Ulica

Numer domu

Kod pocztowy

Nazwa państwa

Podaj, jeśli adres świadka jest inny niż polski

Świadek wypadku – 2

Imię

Nazwisko

Ulica

Numer domu

Numer lokalu

Kod pocztowy

Miejscowość

Nazwa państwa

Podaj, jeśli adres świadka jest inny niż polski

### 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"/>
<del>Numer parafii</del>	<input type="text"/>	Miejscowość	<input type="text"/>
<p>Podaj, jeśli adres świadka jest inny niż osoba</p> <input type="text"/>			

## Załączniki

- kserokopia karty informacyjnej ze szpitala/ zaświadczenie o udzieleniu pierwszej pomocy z pogotowia ratunkowego wraz z wywiadem

kserokopia posłanowienia 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, notałka z policji, ksero mandatu karnego itp.

Do  zobowiązuję się dostarczyć następujące dokumenty:

- |    |            |
|----|------------|
| 1. | [Redacted] |
| 2. | [Redacted] |
| 3. | [Redacted] |
| 4. | [Redacted] |
| 5. | [Redacted] |
| 6. | [Redacted] |
| 7. | [Redacted] |
| 8. | [Redacted] |

**Sposób odbioru odpowiedzi**

- w placówce ZUS (osobiście lub  
przez osobę upoważnioną)  pocztą na adres do korespondencji  
wskażany 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 

16	10	2024
----	----	------

  
dd / mm / rrrr

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>