

Zawiadomienie o wypadku

Instrukcja wypełniania

Wypełnij ten formularz i prześlij 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

aj, seria i numer dokumentu
potwierdzającego tożsamość

tożsamość potwierdzono

Imię

ECZNYCH
wlekim
spondencji

Nazwisko

Data urodzenia

L. zał. med.

miejsce urodzenia

/20...
Numer telefonu

Jeśli 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

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

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	<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 Twój adres jest inny niż polski

Informacja o wypadku

1. Data wypadku	<input type="text" value="04"/> <input type="text" value="10"/> <input type="text" value="2024"/>	Godzina wypadku	<input type="text" value="08.12.30"/>
dd / mm / rrrr			
2. Miejsce wypadku	<input type="text"/>		
3. Planowana godzina rozpoczęcia pracy w dniu wypadku	<input type="text" value="6.00"/>	Planowana godzina zakończenia pracy w dniu wypadku	<input type="text" value="17.00"/>
4. Rodzaj doznanych urazów	USZKODZENIE POŁY TYLNEGO ŁĄCZKI USZKODZENIE ŁĄCZKI PRZYSŁOPOWEJ. RESZTA URAZÓW ZGODNIE Z OPISEM Z REZONANSU MAGNETYCZNEGO		

5. Szczegółowy opis okoliczności, miejsca i przyczyn wypadku

W DNIU 04.10.2024, PODCZAS WYKONYWANIA CODZIENNYCH OBOWIĄZKÓW ZWIĄZANYCH Z WYKONYWANIEM PRACY, A MIANOWITCIE PRACĄ KURIERA, KTOREMA WIAŻĘ SIĘ Z DOSTARCZANIEM PRZESYŁEK DO KLIĘTOU. W TRAKCIE TAKIEGO DOSTARCZENIA WYSIADAKEM Z PACZKĄ Z PRZESTRZENI KADUNOWEJ SAMOCHODU, NA NA NIERÓWNEJ POWIERZCHNI PODKREŚLIŁ MI SIĘ LEWA NOGA I UDEZŁYKEM KOŁA NIE O DROGĘ. PONIEWAŻ MOGŁEM CHODZIĆ DOKOŃCZYŁE TEGO DNIA SVOJĄ PRACĘ. JEDNAK Z BIEGIEM CIERZĄ BÓL NIE NADSIŁAŁ, WIĘC W NIEDZIELĘ 06.10.24 UDAŁEM SIĘ NA POL

Podaj szczegółowy opis okoliczności, miejsca i przyczyn wypadku DO SZPITALA W

6. Czy była udzielona pierwsza pomoc medyczna:

☒ TAK☐ NIE

Jeśli TAK, podaj nazwę i adres placówki służby zdrowia

7. Organ, który prowadził postępowanie w sprawie wypadku

BRAC

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

BRAC
ŚWIADKÓW

Imię

Nazwisko

Ulica

Numer domu

Numer lokalu

Kod pocztowy

Miejscowość

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

Podaj, jeśli adres świadka jest inny niż polski

Załączniki

- ☐ kserokopia karty informacyjnej ze szpitala/ zaświadczenia 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
PŁATNE ZE

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

Do zobowiązuje się dostarczyć następujące dokumenty:

dd / mm / rrrr

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)

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

Data

22	12	2024
dd	mm	rrrr

Czytelny podpis

Zgubowięzuję nie dostarczyć 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 centrall lub terenowych jednostkach organizacyjnych ZUS oraz na stronie Internetowej ZUS pod adresem: <https://bip.zus.pl/rodo>