

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).

Ustalmy wówczas okoliczność i przyczyny wypadku.

Zanim wypełnisz formularz, zapoznaj się z dołączoną do niego Informacją o wypadku.

1. Wypełnij WIELKIMI LITERAMI
2. Pola wyboru zaznacz znakiem X
3. Wypełnij kolorem czarnym lub niebieskim (nie ołówkiem)

Dane osoby poszkodowanej

PESEL

Rodzaj, seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość

Imię

Nazwisko

Data urodzenia

dd / mm / rrrr

Miejsce urodzenia

Numer telefonu

Jeśli podasz nam tą informację, ułatwi nam to kontakt w Twojej sprawie.
To pole jest dobrowolne

Adres zamieszkania osoby poszkodowanej

Ulica

Numer domu

Numer lokalu

Kod poczlowy

Miejscowość

Nazwa państwa

Podaj, jeśli adres jest inny niż polski

Adres do korespondencji osoby poszkodowanej

Podaj, jeśli adres do korespondencji jest inny niż adres zamieszkania

Ulica

Numer domu

Numer lokalu

Kod poczlowy

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, 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

Podaj, jeśli nie masz nadanego numeru PESEL

Imię

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

Nazwisko

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

Data urodzenia

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

dd / mm / rr

Numer telefonu

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

Jeśli podasz nam tę informację, ułatwi 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

EWYP

Adres do korespondencji osoby, która zawładamia o wypadku

Wypełnij, jeśli jeszcze inną osobą niż poszkodowany i Twój adres do korespondencji jest inny niż adres zamieszkania

Ulica

Numer domu

Numer lokalu

Kod poczty

Miejscowość

Nazwa państwa

Podaj, jeśli Twój adres jest inny niż polski

Informacja o wypadku

1. Data wypadku

01.07.2024

Godzina wypadku

ok. 8.30

2. Miejsce wypadku

3. Planowana godzina rozpoczęcia pracy
w dniu wypadku

7.00

Planowana godzina zakończenia pracy
w dniu wypadku

18.00

4. Rodzaj doznanych urazów

SKRĘCENIE I NADERUFANIE INNYCH,
NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI KOLANA
PRAWEGO.

5. Szczegółowy opis okoliczności, miejsca i przyczyn wypadku

PROWADZĘ DZIAŁALNOŚĆ GOSPODARCZĄ OD 1988R. MOIM GŁÓWNYM
ZAJĘCIEM JEST ZAKOPATYWANIE MOICH SKLEPÓW W TOSZKACH. TO TAČY SIĘ
Z ZAKŁADNIKIEM, ZOSTAWIENIEM I TRANSPORTEM TOSZKU NA POCZEGÓLNE
SKLEPY. W DNIU 01.07.2024R. OD SAMEGO RANA PRZYGOTOWYWAŁEM
SIE [red] DO WYJAZDU W TOSZKACH. PRZYSTĄPIELEM DO
ZAKŁADNIKANIA SKLEPKI TOSZKOWEJ BUSA, NASTĘPNIE ZAKŁADNAŁEM
BUSA SKLEPKAMI Z PUSTymi BUTELKAMI NA WYMIAŃ I MIATEM
PRZECHADZAC DO TOSZK. KIEDY MŁODZIEŻEN SKLEPKI NA PACĘ,
CHCIATEM ZEJSZC ZE SKLEPKI TOSZKOWEJ. RANO BYŁO MOKRO
I MOJA STOPA ROŚWIĘGNAŁA SIĘ NA OBRZEZU SKLEPKI. W SPOSÓB
NIEkontrolowany upadłem ze sklepy troszkowej na podłodze.
NOGA W PRAWYM KOLAKIE WYKRECIŁA SIĘ Nienaturalnie. POCZUCEM BYŁ
KOZACZKIEN ZE KOLANKO OPUCHŁO I CIĘCIĘ COŁAZ KIĘKSZY BYŁ.

Podaj szczegółowy opis okoliczności, miejsca i przyczyn wypadku

6. Czy była udzielona pierwsza pomoc medyczna:



TAK



NIE

LEK. MED. GABINET

LEKAWSKI

Jeśli TAK, podaj nazwę i adres poniżej

7. Organ, który prowadził postępowanie w sprawie wypadku

[Large empty rectangular box for writing the name and address of the investigating authority.]

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

8. Czy wypadek powstał podczas obsługi maszyn, urządzeń:

TAK NIE

[Large empty rectangular box for writing details about the accident occurring during machine or equipment handling.]

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 [Large empty rectangular box]

Nazwisko [Large empty rectangular box]

Ulica [Large empty rectangular box]

Numer domu [Large empty rectangular box] Numer lokalu [Large empty rectangular box]

Kod pocztowy [Large empty rectangular box] Miejscowość [Large empty rectangular box]

Nazwa państwa [Large empty rectangular box]

Podaj, jeśli adres świadka jest inny niż polski

Świadek wypadku – 2

Imię [Large empty rectangular box]

Nazwisko [Large empty rectangular box]

Ulica [Large empty rectangular box]

Numer domu [Large empty rectangular box] Numer lokalu [Large empty rectangular box]

Kod pocztowy [Large empty rectangular box] Miejscowość [Large empty rectangular box]

Nazwa państwa [Large empty rectangular box]

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/ 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 jakaś, np. dokumenty dotyczące udzielonej pomocy medycznej, umowa na wykonywaną usługę, faktura, rachunek, nota do policji, kego mandatu karmego itp.

Do zobowiązuję się dostarczyć następujące dokumenty:

dd / mm / rrrr

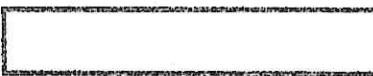
1.
2.
3.
4.
5.
6.
7.
8.

Sposób odbioru odpowiedzi w placówce ZUS (osobiście lub
przez osobę upoważnioną)poczta na adres do korespondencji
wskazany we wnioskuna moim koncie na Platformie
Usług Elektronicznych (PUE ZUS)**Oświadczam, że dane zawarte w zawiadomieniu podaję zgodnie z prawdą, co potwierdzam złożonym podpisem.**

Data

23122024

dd / mm / rrrr



Czytelny podpis

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>