

ZAPIS WYJAŚNIENI POSZKODOWANEGO

Pan/i ...

.. urodzony/a ..

W zamieszkały/a w ..

ul. ludniony/a w

Dokument tożsamości (dowód osobisty lub paszport)

(rodzaj dokumentu seria numer)

W związku z wypadkiem, jakiemu uległem/am w dniu 20.12.2024r.

uprzedzony/a o odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych zeznań oświadczam,
co następuje:

1. Data, miejsce i godzina wypadku: 20.12.2024r.
..... godz... ok. 9.30
2. Planowana godzina rozpoczęcia pracy w dniu wypadku: 7.00
Planowana godzina zakończenia pracy w dniu wypadku: 15.00
Rodzaj czynności wykonywanych do momentu wypadku (zwykłe czynności związane z charakterem prowadzonej działalności gospodarczej): Czytamy nowości i ... 2024 nowe nowości.
3. Podanie okoliczności i przyczyn wypadku (opis/ przyczyny techniczne, ludzkie, organizacyjne)
– należy uzupełnić, jeżeli w zawiadomieniu o wypadku nie zostały szczegółowo opisane okoliczności i przyczyny wypadku:
Dnia 20.12.2024r. o zwiadomieniu w sprawie
Na zlecenie firmy po głosach prac
... skutnych wa...

po użyciu w nim kabla energetycznego
w trakcie m. robót ok. godziny 9.30 pośrednim
oś. samochodu w celu wyjazdu z placówki
nachodziły przy wychodzeniu z samochodu
typu BUS załatwiającym msp o koff i wyciągów
z pojazdu ujemnego prawa do brama o
towarze lekarzowej monitorki
w skutek uderzenia pociskiem silny ból w noche
na miejsce zdarzenia zostało wezwane karetka
pogotowia. Ratownicy z karetki skierowali mi
priewóz poważny, a następnie zdecydowali
o przekształceniu na miejscu. Przybyły
Szpitale. Praktyco przy al.
Po wywołaniu niezbędnych badań lekarz stwierdził
żamknięte kłyki kości łokciowej prawej
w wyniku tego zauważono kolczaste bity
wykwitanie śródmięśnia łokciowego kłyki
kości łokciowej prawej oraz hospitalizację
ok. 5 dni.

Bruk skrótułów

4. Wypadek powstał podczas obsługi maszyn i/lub urządzenia: tak **nie***

- nazwa, typ urządzenia, data produkcji

..... nie określony

- czy urządzenie było sprawne i użytkowane zgodnie z zasadami producenta (w jaki sposób):

..... nie określony

5. Czy były stosowane zabezpieczenia przed wypadkiem: tak / nie / nie dotyczy*
- rodzaj stosowanych środków (np. buty, kask, odzież ochronna itp.):
.....buty, kask, odzież ochronna, kask.....

6. Czy była stosowana asekuracja podczas pracy: tak / nie / nie dotyczy*
- czy istniał obowiązek wykonywania pracy, przez co najmniej 2 osoby:
.....nie.....

7. W trakcie pracy przestrzegałem/am zasad BHP: tak / nie*

8. Posiadam przygotowanie do wykonywania zakresu przedmiotowego zadań związanych z prowadzeniem działalności: tak / nie*

9. Odbyłem/am stosowne szkolenie z BHP dla pracodawców: tak / nie*
- posiadam opracowaną ocenę ryzyka zawodowego: tak / nie*
- stosowane środki w celu zmniejszenia ryzyka:
.....tak.....

10. W chwili wypadku byłem/am / nie byłem/am* w stanie nietrzeźwości lub pod wpływem środków odurzających lub psychotropowych.
Stan trzeźwości w dacie wypadku: badany przez organ policji / badany w czasie udzielania pierwszej pomocy lekarskiej / nie był badany*.

11. W sprawie były / nie były* podjęte czynności wyjaśniające przez organy kontroli państowej - tj. policji, prokuratury, inspekcji pracy, dozoru technicznego, inspekcji sanitarnej, straży pożarnej (jeżeli tak, należy podać przez jakie - adres, nr sprawy / decyzji, stan sprawy - zakończone / w trakcie / umorzone itp.)

ZAKŁAD Ekonomiczny
WYDZIAŁ SWIADCZEŃ EMERYTALNO-RENTOWYCH - 27
WYPOŁNIEŁO

12. Pierwsza pomoc

- pierwszej pomocy udzielono w dacie urazu – w dniu: 20.12.20241
- nazwa placówki służby zdrowia: Szpital ..
- okres i miejsce hospitalizacji: 20 - 24.12., 20241
- rozpoznany uraz na podstawie dokumentacji lekarskiej: Złamanie... szyjki... kości... kolbowej... prawowej
- niezdolność do świadczenia pracy: 20.12.20241. - 31.03.2025
- w dacie wypadku przebywałem/am / nie przebywałem/am na zwolnieniu lekarskim

Konin, 26.01.2025r.

(miejscowość i data)

Protokołował i potwierdził własnoręczność podpisu

.....
(podpis i pieczętka)

ZAKŁAD UBEZPIECZEŃ

* niepotrzebne skreślić