



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:

- prowadził 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)

2023-07-03
SER3
00

Dane osoby poszkodowanej

PESEL

Rodzaj, seria i numer dokumentu
potwierdzającego tożsamość

Imię

Nazwisko

Data urodzenia

Miejsce urodzenia

Numer telefonu

Jeśli podasz tę informację, zostanie ona
To pole jest dobrowolne

Adres zamieszkania osoby poszkodowanej

Ulica

Numer domu

Kod pocztowy

Nazwa państwa

POLSKA

Podaj, jeśli adres jest inny niż polski

Adres ostatniego miejsca zamieszkania w Polsce / adres miejsca pobytu

Podaj adres ostatniego miejsca zamieszkania w Polsce, jeśli obecnie mieszkasz za granicą, ale wcześniej mieszkaleś w Polsce. Jeśli nie masz adresu zamieszkania, podaj adres miejsca pobytu lub adres ostatniego miejsca zamieszkania w Polsce

Ulica

Numer domu

Kod pocztowy

Adres do korespondencji osoby poszkodowanej

Podaj, jeśli adres do korespondencji jest inny niż adres zamieszkania / adres ostatniego miejsca zamieszkania w Polsce / adres miejsca pobytu

☒ adres ☐ poste restante ☐ skrytka pocztowa ☐ przegródka pocztowa

Jeśli jako sposób korespondencji wybierzesz:

- poste restante, podaj jedynie kod pocztowy placówki pocztowej oraz w polu Miejscowość wpisz nazwę tej placówki,
- skrytkę pocztową / przegródkę pocztową, w polu Numer domu wpisz numer skrytki/przegródki, w polu Kod pocztowy wpisz kod pocztowy placówki oraz w polu Miejscowość wpisz nazwę placówki pocztowej.

Ulica

Numer domu Numer lokalu

Kod pocztowy Miejscowość

Nazwa państwa

Podaj, jeśli Twój 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 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 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

Jeśli podasz 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

Kod pocztowy

Nazwa państwa

POLSKA

Podaj, jeśli Twój adres jest inny niż polski

Adres ostatniego miejsca zamieszkania w Polsce / adres miejsca pobytu osoby, która zawiadamia o wypadku

Wypełnij, jeśli jesteś inną osobą niż poszkodowany. Podaj adres ostatniego miejsca zamieszkania w Polsce, jeśli obecnie mieszkasz za granicą, ale wcześniej mieszkałeś w Polsce. Jeśli nie masz adresu zamieszkania, podaj adres miejsca pobytu lub adres ostatniego miejsca zamieszkania w Polsce

Ulica

Numer domu

Numer lokalu

Kod pocztowy

Miejscowość

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 / adres ostatniego miejsca zamieszkania w Polsce / adres miejsca pobytu



adres



poście restante



skrytka pocztowa



przegródka pocztowa

Jeśli jako sposób korespondencji wybierzesz:

- poście restante, podaj jedynie kod pocztowy placówki pocztowej oraz w polu Miejscowość wpisz nazwę tej placówki,
- skrytkę pocztową / przegródkę pocztową, w polu Numer domu wpisz numer skrytki/przegródki, w polu Kod pocztowy wpisz kod pocztowy placówki oraz w polu Miejscowość wpisz nazwę placówki pocztowej.

Ulica

Numer domu

Kod pocztowy

Nazwa państwa

POLSKA

Podaj, jeśli Twój adres jest inny niż polski

Informacja o wypadku

1. Data wypadku

02.01.2025

Godzina wypadku

około 6²⁰

2. Miejsce wypadku

3. Planowana godzina rozpoczęcia pracy w dniu wypadku

06⁰⁰

Planowana godzina zakończenia pracy w dniu wypadku

19⁰⁰

4. Rodzaj doznanych urazów

Opalenie termiczne III stopnia
lewego uda i pośladka 5% powierzchni ciała.

5. Szczegółowy opis okoliczności, miejsca i przyczyn wypadku

Dnia 2 stycznia 2025r. około godziny 6⁰⁰ rozpocząłem pracę na stanowisku
spawalniczym w zakładzie je drowięcki
obejmujące składanie i spawanie podwozi ob parągów, w tym pracę przy
obrotniku. Podczas wykonywania spawania, po zekompromitowaniu jednej z
spoin mogłem usłyszeć lekki świst; zauważyłem palące się odzież
robotniczą. W wyniku tego natychmiast przerwałem pracę, odszedłem od
stanowiska i w pośpiechu zdjęłem buty oraz spodnie, po chwili zauważyłem
kropki się białe, należące do zapasowego źródła zasilania maty
lutowej, która znajdowała się w kieszeni. Wypadek uważam za losowy.

Podaj szczegółowy opis okoliczności, miejsca i przyczyn wypadku

6. Czy była udzielona pierwsza pomoc medyczna:



TAK



NIE

Centrum Leczenia Opaleń w

Jeśli TAK, podaj nazwę i adres placówki służby zdrowia

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 | <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 | <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:

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

Do

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

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 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

| | | | | | | | |
|----|---|----|---|------|---|---|---|
| 0 | 3 | 0 | 2 | 2 | 0 | 2 | 5 |
| dd | / | mm | / | rrrr | | | |

własny 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://bip.zus.pl/rodo>