

2025 ZAWIADOMIENIE O WYPADKU

Instrukcja wypełniania

Wypełnij ten formularz uległa osoba, która:

- prowadzi pozarolniczą działalność gospodarczą,
 - współpracuje przy prowadzeniu pozarolniczej działalności,
 - wykonuje pracę na podstawie umowy uaktywniającej (jako niania).
- Ustalimy wówczas okoliczności i przyczyny wypadku.

vi przy pracy/ wypadkowi w drodze do pracy lub z pracy

Zanim wypełnisz formularz, zapoznaj się z dołączoną do niego Informacją

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

Dane osoby poszkodowanej

PESEL

Rodzaj, seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość

Jeśli nie ma numeru PESEL, podaj serię i numer innego dokumentu

Imię

Nazwisko

Data urodzenia

dd / mm / rrrr

Płeć

 M

Miejsce urodzenia

Adres zamieszkania

Ulica

Numer lokalu

Numer domu

Kod pocztowy

Miejscowość

Gmina/ dzielnica

Nazwa państwa

Podaj, jeśli adres jest inny niż polski

Adres do korespondencji

Podaj, jeśli adres do korespondencji jest inny niż adres zamieszkania

Ulica

Numer domu

Numer lokalu

Kod pocztowy

Miejscowość

Gmina/ dzielnica

Nazwa państwa

Podaj, jeśli adres jest inny niż polski

Adres miejsca prowadzenia pozarolniczej działalności

Podaj, jeśli poszkodowany prowadzi albo współpracuje przy prowadzeniu pozarolniczej działalności

Ulica Numer domu Numer lokalu Kod pocztowy Miejscowość Gmina/ dzielnica Numer telefonu

Podaj numer telefonu – to ułatwi nam kontakt w tej sprawie

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 Gmina/ dzielnica Numer telefonu

Podaj numer telefonu – to ułatwi nam kontakt w tej sprawie

Dane osoby, która zawiadamia o wypadku

Wypełnij jeśli jesteś inną osobą niż poszkodowany

PESEL Rodzaj, seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość
Jeśli nie masz numeru PESEL, podaj serię i numer innego dokumentuImię Nazwisko Data urodzenia Pleć
dd / mm / rrrr (K – kobieta/ M – mężczyzna) Numer telefonu

Podaj numer telefonu – to ułatwi nam kontakt w tej sprawie

Adres zamieszkania

Wypełnij jeśli jesteś inną osobą niż poszkodowany

Ulica Numer domu Numer lokalu Kod pocztowy Miejscowość Gmina/ dzielnica Nazwa państwa

Podaj, jeśli Twój adres jest inny niż polski

Adres do korespondencji

Podaj, jeśli adres do korespondencji jest inny niż adres zamieszkania
Wypełnij jeśli jesteś inną osobą niż poszkodowany

Ulica

Numer domu Numer lokalu

Kod pocztyowy Miejscowość

Gmina/ dzielnica

Nazwa państwa

Podaj, jeśli Twój adres jest inny niż polski

Informacja o wypadku

1. Data wypadku

04/11/2024
dd / mm / rrrr

Godzina wypadku

~ 7:30

2. Miejsce wypadku

3. Planowana godzina rozpoczęcia pracy
w dniu wypadku

7:00

Planowana godzina zakończenia pracy
w dniu wypadku

16:00

4. Rodzaj doznanych urazów

**ZMIĘDZONY DRAZ ZŁAMANY PALEC VI RĘKI
PRANEJ ZEZNACZNYM PRZEMIESZCZENIEM**

5. Szczegółowy opis okoliczności, miejsca i przyczyn wypadku

**PODŁAS ZNOSZENIA PACZKI PO SCHODACH, POSŁIĘGNAŁEM
SIE, A PACZKA UDARŁA W MOJEGO PALCA, K WYNIKU
CZEGO ZMIĘDZYŁEM I ZŁAMATEM PALCA III RĘKI PRANEJ
Z ZNACZNYM PRZEMIESZCZENIEM.**

Podaj szczegółowy opis okoliczności, miejsca i przyczyn wypadku

6. Czy była udzielona pierwsza pomoc medyczna:



TAK



NIE

SZPITAL WÓJENOWSKI

7. Organ, który prowadził postępowanie w sprawie wypadku.

[Empty box for answer]

Podaj nazwę i adres organu, który prowadził postępowanie w sprawie wypadku (Policja, Prokuratura, Inne)

8. Czy wypadek powstał podczas obsługi maszyn, urządzeń:

 TAK NIE

[Empty box for answer]

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

[Empty box for answer]

Nazwisko

[Empty box for answer]

Ulica

[Empty box for answer]

Numer domu

[Empty box for answer]

Numer lokalu

[Empty box for answer]

Kod pocztowy

[Empty box for answer]

Miejscowość

[Empty box for answer]

Nazwa państwa

[Empty box for answer]

Podaj, jeśli adres świadka jest inny niż polski

Świadek wypadku – 2

Imię

[Empty box for answer]

Nazwisko

[Empty box for answer]

Ulica

[Empty box for answer]

Numer domu

[Empty box for answer]

Numer lokalu

[Empty box for answer]

Kod pocztowy

[Empty box for answer]

Miejscowość

[Empty box for answer]

Nazwa państwa

[Empty box for answer]

Podaj, jeśli adres świadka jest inny niż polski

Świadek wypadku – 3

Imię		
Nazwisko		
Ulica		
Numer domu		Numer lokalu
Kod poczłowy		Miejscowość
Nazwa państwa		

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:

~~FAKTYKA~~

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

Do 10.07.2025 zobowiązuję się dostarczyć następujące dokumenty:

1. FAKTURA WYSYŁANEJ PACZKI

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

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)

Świadomy odpowiedzialności karnej za składanie nieprawdziwych zeznań, oświadczam, że dane zawarte w zawiadomieniu podałem zgodnie z prawdą, co potwierdzam złożonym podpisem.

Data

0	7	0	7	0	2	1	5
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: <http://bip.zus.pl/rodo/rodo-klauzule-informacyjne>