

L. zał. Nr Rej.

ZAPIS WYJAŚNIENIA POSZKODOWANEGO

ZAKŁAD UBEZPIECZEŃ PRACOWNIKÓW Pracownicy Zakładu Emerytalno-Rentowego	
Wypadek	02-C5-2025
Podpis	urodzony/a

Pan/i

(imię i nazwisko)

urodzony/a

(data urodzenia)

W zamieszkały/a w

ul., zatrudniony/a w

Dokument tożsamości (dowód osobisty lub paszport)
(rodzaj dokumentu seria numer)

W związku z wypadkiem, jakiemu uległem/am w dniu 22.04.2025

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

1. Data, miejsce i godzina wypadku: 22.04.2025,
....., godzina 8⁰⁰

2. Planowana godzina rozpoczęcia pracy w dniu wypadku: 8⁰⁰

Planowana godzina zakończenia pracy w dniu wypadku: 16⁰⁰

Rodzaj czynności wykonywanych do momentu wypadku (zwykle czynności związane
z charakterem prowadzonej działalności gospodarczej): usuwanie wgnieceń
z karoserii samochodów, demontaż uszkodzone

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: w dniu 22.04.2025

przejazdem do pracy dwiema prawami, wprowadzeniem
na warsztat samochodów klienta w celu

usunięcie walcenia na lewym przednim
bębnie. Po około 5 minutach pracy
portowaniem nie chce się odwrócić i
w tym czasie wyjąć kłosa z kołosa
wyjściem lub desek z powodu kołosa
i wstąpić do bębna żeby odpiąć
kompe. Kiedy się podniosła
żeby wrócić do wyjściu kłosa
wystąpił się na drugi wariant,
wystąpił i wrócił krok do
produ gdzie nie było już desek i
wstąpił.

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

– nazwa, typ urządzenia, data produkcji

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

-
-
5. Czy były stosowane zabezpieczenia przed wypadkiem: ~~tak~~ / ~~nie~~ / nie dotyczy*
- rodzaj stosowanych środków (np. buty, kask, odzież ochronna itp.):
-
- czy stosowane środki były właściwe i sprawne:
6. Czy była stosowana asekuracja podczas pracy: ~~tak~~ / ~~nie~~ / nie dotyczy*
- czy istniał obowiązek wykonywania pracy, przez co najmniej 2 osoby:
-
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. Odbylem/am stosowne szkolenie z BHP dla pracodawców: ~~tak~~ / ~~nie~~* nie jestem pracodawcą
- posiadam opracowaną ocenę ryzyka zawodowego: ~~tak~~ / ~~nie~~*
- stosowane środki w celu zmniejszenia ryzyka:
-
-
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 państwowej – 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.)
-
-
-
-
-

12. Pierwsza pomoc

- pierwszej pomocy udzielono w dacie urazu – w dniu: ...22.04.2025
- nazwa placówki służby zdrowia: ...Samodzielny Publiczny Rejonowy Zespół Opieki Zdravotnej
- okres i miejsce hospitalizacji: ...-
- rozpoznany uraz na podstawie dokumentacji lekarskiej: ...urazowie łopotu lewej, silne uderzenie w lewe
- niezdolność do świadczenia pracy: ...22.04.2025 - 30.05.2025
- w dacie wypadku przebywałem/am/ nie przebywałem/am na zwolnieniu lekarskim

Dłbwo 26.05.2025
(miejscowość i data)

.....
(podpis poszkodowanego)*

Protokołował i potwierdził własnoręcznie podpis

.....
(podpis i pieczęć)

* niepotrzebne skreślić