

**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 gospodarczą,
  - 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. Wypełnij kolorem czarnym lub niebieskim (nie ołówkiem)
3. Pola wyboru zaznacz znakiem X

**Dane osoby poszkodowanej**

PESEL

Rodzaj, seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość

Imię

Nazwisko

Data urodzenia

Miejsce urodzenia

nr

imię

nazwisko

data urodzenia

miejscowość urodzenia

Płeć  
- mężczyzna**Adres zamieszkania**

Ulica

Numer domu

Kod pocztowy

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

Kod pocztowy

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 nianny)

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 dokumentu

Imię

Nazwisko

Data urodzenia

Płeć

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 poczty

Miejscowość

Gmina/ dzielnica

Nazwa państwa

Podaj, jeśli Twój adres jest inny niż polski

**Informacja o wypadku**

1. Data wypadku

 02 07 2021  
 dd / mm / rrrr

Godzina wypadku

16:20

2. Miejsce wypadku

3. Planowana godzina rozpoczęcia pracy  
w dniu wypadku

10:00

Planowana godzina zakończenia pracy  
w dniu wypadku

18:00

4. Rodzaj doznanych urazów

WSIARGI WNIKI MBZGU,  
 ZĘBAMANIE UZNOSIKIUS (OPARĘCZWYCIUTKA, JHJZ)  
 ZĘBAMANIE UZNOSIKIUS (OPARĘCZWYCIUTKA)  
 STĘTUZWYCIUTKA  
 ZĘBAMANIE DOLNEGO KĄT GŁADKI

5. Szczegółowy opis okoliczności, miejsca i przyczyn wypadku

Wnętrze re Sphalerum z Wierzenią do biura.  
 Zostałem uderzony pierś bierniącą (kciuk),  
 który przesiąknął w kierunku do góry  
 reber. Przykroje. Stoczę do gabinetu medycznego  
 Naległa rejestracja nr. RSOW.

Podaj szczegółowy opis okoliczności, miejsca i przyczyn wypadku

6. Czy była udzielona pierwsza pomoc medyczna:



TAK



NIE

Szpital Wojewódzki

Jeśli TAK, podaj nazwę i adres placówki służby zdrowia

7. Organ, który prowadził postępowanie w sprawie wypadku

**Miejsca i instytucje**

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

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

Nazwisko

Ulica

Numer domu

Numer lokalu

Kod pocztowy

Miejscowość

Nazwa państwa

Podaj, jeśli adres świadka jest inny niż polski

**Nic nie - stwierdza myślom i żałuję moim  
yo ystocie**

Świadek wypadku – 2

Imię

Nazwisko

Ulica

Numer domu

Numer lokalu

Kod pocztowy

Miejscowość

Nazwa państwa

Podaj, jeśli adres świadka jest inny niż polski

## Świadek wypadku – 3

Imię		
Nazwisko		
Ulica		
Numer domu		Numer lokalu
Kod poczowy		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:

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

Do

dd	/	mm	/	yyyy
----	---	----	---	------

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 do korespondencji  
wskażany we wniosku  na moim koncie na Platformie  
Usług 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

29 07 2021

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>