

## Zawiadomienie o wypadku

### Instrukcja wypełniania

Wypełnij ten formularz i prześlij go do nas, jeśli wypadki przy pracy/ wypadki w drodze do pracy lub z pracy uległa osoba, która:

- prowadzi pozarolniczą działalność,
  - współpracuje przy prowadzeniu pozarolniczej działalności,
  - wykonuje pracę na podstawie umowy uaktywniającej (jako niania).
- Ustalmy 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)

### Dane osoby poszkodowanej

PESEL	<input type="text"/>		
Rodzaj, seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość	<input type="text"/>		
Imię	<input type="text"/>		
Nazwisko	<input type="text"/>		
Data urodzenia	<input type="text"/>		
	dd / mm / rrrr		
Miejsce urodzenia	<input type="text"/>		
Numer telefonu	<input type="text"/>		

Jeśli podasz nam tę informację, ułatwi nam to kontakt w Twojej sprawie.  
To pole jest dobrowolne

### Adres zamieszkania osoby poszkodowanej

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 jest inny niż polski

### Adres do korespondencji osoby poszkodowanej

Podaj, jeśli adres do korespondencji jest inny niż adres zamieszkania

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 jest inny niż polski

## Adres miejsca prowadzenia pozarolniczej działalności

Podaj, jeśli poszkodowany prowadzi pozarolniczą działalność albo współpracuje przy prowadzeniu takiej działalności

Ulica	<input type="text"/>		
Numer domu	<input type="text"/>	Numer lokalu	<input type="text"/>
Kod pocztowy	<input type="text"/>	Miejscowość	<input type="text"/>
Numer telefonu	<input type="text"/>		

Jeśli podasz nam 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	<input type="text"/>		
Numer domu	<input type="text"/>	Numer lokalu	<input type="text"/>
Kod pocztowy	<input type="text"/>	Miejscowość	<input type="text"/>
Numer telefonu	<input type="text"/>		

Jeśli podasz nam 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	<input type="text"/>
Rodzaj, seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość	<input type="text"/>
Podaj, jeśli nie masz nadanego numeru PESEL	
Imię	<input type="text"/>
Nazwisko	<input type="text"/>
Data urodzenia	<input type="text"/>
	dd / mm / rrrr
Numer telefonu	<input type="text"/>

Jeśli podasz nam 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	<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 Twój adres jest inny niż polski

## EWYP

## Adres do korespondencji osoby, która zawiadomiła o wypadku

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

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 Twój adres jest inny niż polski

## Informacja o wypadku

1. Data wypadku	<input type="text" value="01"/> <input type="text" value="07"/> <input type="text" value="2024"/>	Godzina wypadku	<input type="text" value="ok. 8.30"/>
	dd / mm / rrrr		
2. Miejsce wypadku	<input type="text"/>		
3. Planowana godzina rozpoczęcia pracy w dniu wypadku	<input type="text" value="7.00"/>	Planowana godzina zakończenia pracy w dniu wypadku	<input type="text" value="18.00"/>
4. Rodzaj doznanych urazów	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;">           SKRĘCENIE I NADBIENIE INNYCH, NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI KOŁANA PRAWEGO.         </div>		

## 5. Szczegółowy opis okoliczności, miejsca i przyczyn wypadku

PROWADZĘ DZIAŁALNOŚĆ GOSPODARCZĄ OD 1938R. MOIM GŁÓWNYM ZAJĘCIEM JEST ZAOPATRYWANIE MOICH SKLEPÓW W TOWAR. TO TĄCZY SIĘ Z ZAŁADUNKIEM, ROZŁADUNKIEM I TRANSPORTEM TOWARU NA POSZCZEGÓLNE SKLEPY. W DNIU 01.07.24R. OD SAMEGO RANA PRZYGOTOWYWAŁEM SIĘ DO WYJAZDU W TOWAR. PRZYSTĄPIŁEM DO WŁADKOWANIA SKRZYNI ŁADUNKOWEJ BUSA, NASTĘPNIE ZAŁADOWAŁEM BUSA SKRZYNKAMI Z PUSTYMI BUTELKAMI NA WYMIANĘ I MIAŁEM WYJECHAĆ W TOWAR. KIEDY WŁOŻYŁEM SKRZYNKI NA PACE, CHCIAŁEM ZEJŚĆ ZE SKRZYNI ŁADUNKOWEJ. ZANO BYŁO MOKRO I MOJA STOPA POŚLIZGNĘŁA SIĘ NA OBRZĘBU SKRZYNI. W SPOSOB NIEKONTROLOWANY WPADEŁM ZE SKRZYNI ŁADUNKOWEJ NA PODŁOGĘ. NOGA W PRAWYM KOŁANIE WYKRĘCIŁA SIĘ NIENATURALNIE. POZUTEM BÓL ZŁOŻYŁEM ZE KOŁANEM OPUCHŁO I CIĘŻEM CORAZ WIĘKSZY BÓL.

Podaj szczegółowy opis okoliczności, miejsca i przyczyn wypadku

6. Czy była udzielona pierwsza pomoc medyczna: ☒ TAK ☐ NIE

<input type="text" value="LEKARSKI"/>	LEK. MED. GABINET
---------------------------------------	-------------------

Jeśli TAK, podaj nazwę i adres placówki medycznej

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

Nazwisko

Ulica

Numer domu

Numer lokalu

Kod pocztowy

Miejscowość

Nazwa państwa

Podaj, jeśli adres świadka jest inny niż polski

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 pocztowy  Miejscowość

Nazwa państwa

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 zobowiązuje 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 wskazany we wniosku

☐

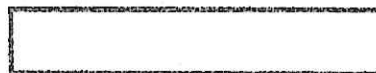
na moim koncie na Platformie Usług Elektronicznych (PUE ZUS)

Oświadczam, że dane zawarte w zawiadomieniu podaję zgodnie z prawdą, co potwierdzam złożonym podpisem.

Data

2	3	1	2	2	0	2	4
---	---	---	---	---	---	---	---

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 centrach lub terenowych jednostkach organizacyjnych ZUS oraz na stronie internetowej ZUS pod adresem: <https://bjp.zus.pl/rodo>