

ZAWIADOMIENIE O WYPADKU**Instrukcja wypełniania**

Wypełnij ten formularz i przekaż go do nas, jeśli wypadkowi przy pracy/ uległa osoba, która:

- prowadzi pozałolinczą działalność gospodarczą,
- współpracuje przy prowadzeniu pozałolinycznej działalności,
- wykonuje pracę na podstawie umowy uaktywniającej (jako niania).

Ustalimy wówczas okoliczności i przyczyny wypadku.

Zanim wypełnisz formularz, zapoznaj się z dołączoną do niego Infor

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 łączność

Imię

Nazwisko

Data urodzenia

dd / mm / rr

Miejscowość urodzenia

Adres zamieszkania osoby poszkodowanej

Ulica

nr domu

Numer lokalu

Miejscowość

Gmina/ dzielnica

Nazwa państwa

Podaj, jeśli adres jest inny niż polski

Adres do korespondencji osoby poszkodowanej

Podaj, jeśli adres do korespondencji jest inny niż adres zamieszkania

W skorowidzu sprawozdawczych

nie figuruje numer domu

Kod pocztowy

Numer lokalu

Miejscowość

adres jest inny niż polski

iczych w Internecie - www.zus.pl

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"/> 71b	Numer lokalu	<input type="text"/>
Kod pocztowy	<input type="text"/>	Miejscowość	<input type="text"/>
Gmina/ dzielnica	<input type="text"/>		
Numer telefonu	<input type="text"/>		

Jeśli podasz nam tą informację, ułatwimy 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"/>
Gmina/ dzielnica	<input type="text"/>		
Numer telefonu	<input type="text"/>		

Jeśli podasz nam tą informację, ułatwimy 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 lożsamość	<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 tą informację, ułatwimy 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"/>
Gmina/ dzielnica	<input type="text"/>		
Nazwa państwa	<input type="text"/>		

Podaj, jeśli Twój adres jest inny niż polski

EWYP

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

Ulica		
Numar domu		Numar lokalu
Kod pocztowy		
Gmina/ dzielnica		
Nazwa państwa		

Podaj, jeśli Twój adres jest inny niż polski

Informacja o wypadku

1. Data wypadku

26.02.2025
dd / mm / yy

Godzina wypadku

8:30

2. Miejsce wypadku

JEDNOSTKA WOJSKOWA

3. Planowana godzina rozpoczęcia pracy w dniu wypadku

8:00

Planowana godzina zakończenia pracy w dniu wypadku

17:00

4. Rodzaj doznań urożów

AMPUTACJA WIĘKSZOŚCI PALCZA
PALCA V (PIĄTEGO) LEWEJ RĘKI

5. Szczegółowy opis okoliczności, miejsca i przyczyn wypadku

OD 25.02.25 SWIADCZONY USŁUGI NA ZLECENIE FIRMY
NOMYSKOWEJ : ... PLACĘ WYKONIWANEM WŁAŚĆ Z INNYMI ZLECENIOBIORCAMI .
DNI 26.02.25 ROZPOCIAŁEM SWOJE PRACE O GODZINIE 8:00 OD PRAWOBOTWANIA NARZĘDZI
CAŁEGO SPOŁĘTU DO WYKONIWANIA PRAC. CZEŚĆ Z NICH ZNAJDOWAŁA SIĘ
W METALOWEJ SZCZUINKI W WYMIESZCZENIU OCO 1,5 M X 0,8 M X 1,0 M. SZCZUINKA BYŁA
UMIESZCZONA W KONTENERZE BUDOWLANYM, KTÓRE USADZIONY JEST NA TERENIE
BUDOWI. NA BLOKACH BETONOWYCH. OPOŁU MOJEJ OSOBY W KONTENERZE
ZNAJDOWAŁY SIĘ JESZCZE INNE OSOBY, KTÓRE EDWNIĘT SWIKWALITY WŁAŚCIEDZI
WISŁUSZU RÓBUŁAŁY SIĘ PO KONTENERZE (G MOGĘ POWODZIAĆ DEGINIA I , PRZYKŁADU
KONTENER " U MONENCIE KIEDY PODNATEM KOLEJNE NARZĘDZIA KLESEM WŁĘGO
SZCZUINKI (METALOWA BLACHA NIZKOCIENIOWA KONTOWNICAMI STANDWINICA ZAKLĘJCIC
SZCZUINKI OTWIERAJĄC) ZAKŁYCZANEJ OD GŁĘBY) OPADŁO A JA ZORELENTOWAŁI SIĘ ZE
PONTYLASNEGO MI MATEGO PALCA ODRUCHO ZABRZEKI DĘKE. NASTĘPNIE OCHŁAŁO
SIĘ ZE NIE MAŁ KALINTKA PALCA

Podaj szczegółowy opis okoliczności, miejsca i przyczyn wypadku

6. Czy była udzielona pierwsza pomoc medyczna:

TAK

NIE

Jedli TAK, podaj nazwę i adres placówki służby zdrowia

7. Organ, który prowadzi postępowanie w sprawie wypadku

NIE DOTYCZY

Podaj nazwę i adres organu, który prowadzi postępowanie w sprawie wypadku (np. policja, prokuratura)

- B. Czy wypadek powstał podczas obsługi maszyn, urządzeń: TAK NIE

NIE DOTYCZY

Jeśli TAK, podaj czy maszyna, urządzenie były sprawne i użytkowane zgodnie z zasadami producenta i w jaki sposób

9. Czy maszyna, urządzenie posiada akt/ 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

Podej, jeśli adres świadka jest inny niż polski**Świadek wypadku – 2**

Imię

Nazwisko

Ulica

Numer domu

Numer lokalu

Kod pocztowy

Miejscowość

Nazwa państwa

Podej, jeśli adres świadka jest inny niż polski

Świadek wypadku – 3

Imię

Nazwisko

Ulica

Numer domu

Numer lokalu

Kod poczty

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 zawieszenia/ umorzenia 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:

KOPIA UNOWY OŚWIADCZENIE USŁUG (POTWIERDZAJĄCA ORYGINALEM)

Podaj jaka, np. dokumenty dotyczące udzielanej pomocy medycznej, umowa na wykonywaną usługę, faktura, rachunek, notatka z policji, karta mandatu karnego itp.



Do

12032025

zobowiązuję się dostarczyć następujące dokumenty:



1.

PISENNE ZEZNANIA ŚWIADKÓW



2.

PROTOKÓŁ (PROTOKA) BHP



3.



4.



5.



6.



7.



8.

EWYP

Sposób odbioru odpowiedzi

- w placówce ZUS (osobiście lub przez osobę upoważnioną) pocztą na adres do korespondencji wskazany we wniosku. na momencie 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: **04 03 2025**

dd / mm / rr

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: <https://bip.zus.pl/rodo>