



ZAKŁAD
UBEZPIECZEŃ
SPOŁECZNYCH

EWYP

ZAWIADOMIENIE O WYPADKU

Instrukcja wypełniania

Wypełnij ten formularz i przekaż go do nas, jeśli uległa osoba, która:

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

Zanim wypełnisz formularz, zapoznaj się z dołączoną do niego Instrukcją.

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

(K - kobieta / M - mężczyzna)

Miejsce urodzenia

Adres zamieszkania

Ulica

Numer domu

Numer lokalu

Kod pocztowy

Miejscowość

Gmina/ dzielnica

Nazwa państwa

Podaj, jeśli adres jest inny niż polski

Adres korespondencyjny

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 dokumentu

Imię

Nazwisko

Data urodzenia (dd / mm / rrrr) Płeć ☐ (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 pocztowy		Miejscowość	
Gmina/ dzielnica			
Nazwa państwa			

Podaj, jeśli Twój adres jest inny niż polski

Informacja o wypadku

1. Data wypadku

05	11	2024
dd	mm	rrrr

 Godzina wypadku

21

2. Miejsce wypadku

--
3. Planowana godzina rozpoczęcia pracy w dniu wypadku

07

 Planowana godzina zakończenia pracy w dniu wypadku

22

4. Rodzaj doznanych urazów

amputacja części palca wskazującego
i paznokcia

5. Szczegółowy opis okoliczności, miejsca i przyczyn wypadku

Podczas naprawy na parkingu
Spadł mi na palec zacisk hamulcowy

Podaj szczegółowy opis okoliczności, miejsca i przyczyn wypadku

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

SOR

Jeśli TAK, podaj nazwę i adres placówki służby zdrowia

7. Organ, który prowadził postępowanie w sprawie wypadku

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

Świadek wypadku – 2

Imię

Nazwisko

Ulica

Numer domu

Numer lokalu

Kod pocztowy

Miejscowość

Nazwa państwa

Podaj, jeśli adres świadka jest inny niż polski

EWYP

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 lekarza 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					

zobowiązuję się dostarczyć następujące dokumenty

-
-
-
-
-
-
-
-

EWYP

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)

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

Data

10 / 10 / 2024
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: <http://bip.zus.pl/rodo/rodo-klauzula-informacyjna>

Skład: Półrocznik ZUS/W-wskazani nr 2/41/18

Zakład Ubezpieczeń Społecznych w Internecie – www.zus.pl

Strona 6 z 6