

Instrukcja wypełniania

Wypełnij ten formularz i przekaz 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

Jeśli nie ma numeru PESEL, podaj serię i numer innego dokumentu

Imię

Nazwisko

Data urodzenia

dd / mm / rrr

Płeć

(K – kobieta/ M – mężczyzna)

K

Miejsce urodzenia

Adres zamieszkania

Ulica

Numer domu

Numer lokalu

Kod pocztowy

Miejscowość

Gmina/ dzielnica

Nazwa państwa

POLSKA

Podaj, jeśli adres jest inny niż polski

Adres do korespondencji

Podaj, jeśli adres do korespondencji jest inny niż adres zamieszkania

Ulica

Numer domu

Numer lokalu

Kod pocztowy

Miejscowość

dzielnica

państwa

POLSKA

Podaj, jeśli adres jest inny niż polski

Adres miejsca prowadzenia pozarolniczej działalności

Podaj, jeśli poszkodowany prowadzi albo współpracuje przy prowadzeniu pozarolniczej działalności

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"/>		

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	<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"/>		

Podaj numer telefonu – to ułatwi nam kontakt w tej sprawie

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"/>												
Jeśli nie masz numeru PESEL, podaj serię i numer innego dokumentu													
Imię	<input type="text"/>												
Nazwisko	<input type="text"/>												
Data urodzenia	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>				
								dd	/	mm	/	rrrr	
											Płeć	<input type="text"/>	
											(K – kobieta/ M – mężczyzna)	<input type="text"/>	
Numer telefonu	<input type="text"/>												

Podaj numer telefonu – to ułatwi nam kontakt w tej sprawie

Adres zamieszkania

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

Adres do korespondencji

Podaj, jeśli adres do korespondencji jest inny niż adres zamieszkania
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" value="POLSKA"/>		

Podaj, jeśli Twój adres jest inny niż polski

Informacja o wypadku

1. Data wypadku	<input type="text" value="2"/> <input type="text" value="5"/> <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="4"/> <input type="text" value="2"/> <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="2"/> <input type="text" value="5"/>	Godzina wypadku	<input type="text" value="17:40"/>
	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="21:00"/>
4. Rodzaj doznanych urazów	<p>S60– powierzchowny uraz nadgarstka i ręki; S53 - zwinięcie, skręcenie i naderwanie stawów i więzadeł stawu łokciowego i nadgarstka.</p>		

5. Szczegółowy opis okoliczności, miejsca i przyczyn wypadku

W dniach 22-25 kwietnia 2025 roku realizowałam cykl szkoleń z zakresu bezpieczeństwa i higieny pracy w szkołach ponadpodstawowych powiatu sanockiego, w ramach zawartej umowy pomiędzy Dyrektorem Technikum Mechanicznego, a moją osobą, prowadzącą jednoosobową działalność gospodarczą pod nazwą - działalność szkoleniowa, której przedmiotem jest organizacja oraz prowadzenie szkoleń i wykładów z zakresu BHP. Szkolenia te odbywały się zgodnie z wcześniej ustalonym harmonogramem.

W dniu 25 kwietnia prowadziłam szkolenie w Technikum Mechanicznym dla nauczycieli oraz pracowników administracyjno - technicznych szkoły. Zajęcia odbywały się w godzinach od 10:00 do 17:30, a po ich zakończeniu, wspólnie z pracownikiem wykonującym zadania służby BHP w tej placówce Panem przystąpiłam do porządkowania sali oraz znoszenia sprzętu dydaktycznego, materiałów pomocniczych i dokumentacji do samochodu. Podczas kolejnego wejścia na I piętro budynku szkoły, gdzie odbywały się zajęcia, w celu zabrania pozostałych materiałów i dokumentacji, około godziny 17:40, pośliznęłam się na jednym ze stopni schodów, w wyniku czego straciłam równowagę i upadłam,

Podaj szczegółowy opis okoliczności, miejsca i przyczyn wypadku

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

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	<div></div>		
Nazwisko	<div></div>		
Ulica	<div></div>		
Numer domu	<div>1</div>	Numer lokalu	<div>58</div>
Kod pocztowy	<div></div>	Miejscowość	<div></div>
Nazwa państwa	<div>POLSKA</div>		

Podaj, jeśli adres świadka jest inny niż polski

Świadek wypadku – 2

Imię	<div></div>		
Nazwisko	<div></div>		
Ulica	<div></div>		
Numer domu	<div></div>	Numer lokalu	<div></div>
Kod pocztowy	<div></div>	Miejscowość	<div></div>
Nazwa państwa	<div>POLSKA</div>		

Podaj, jeśli adres świadka jest inny niż polski

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

1	2	0	5	2	0	2	5
dd		mm		rrrr			



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-klauzule-informacyjne>

