

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

Dane osoby poszkodowanej

PESEL

Rodzaj, seria i numer dokumentu
potwierdzającego tożsamość

Imię

Nazwisko

Data urodzenia

dd / mm / rrrr

Miejsce urodzenia

Numer telefonu

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

Adres zamieszkania osoby poszkodowanej

Ulica

Numer domu

Numer lokalu

Kod pocztowy

Miejscowość

Nazwa państwa

Podaż, jeśli adres jest inny niż polski

Adres ostatniego miejsca zamieszkania w Polsce / adres miejsca pobytu

Podaj adres ostatniego miejsca zamieszkania w Polsce, jeśli obecnie mieszkasz za granicą, ale wcześniej mieszkałeś w Polsce. Jeśli nie masz adresu zamieszkania, podaj adres miejsca pobytu lub adres ostatniego miejsca zamieszkania w Polsce

Ulica

Numer domu

Numer lokalu

Kod pocztowy

Miejscowość

Adres do korespondencji osoby poszkodowanej

Podaj, jeśli adres do korespondencji jest inny niż adres zamieszkania / adres ostatniego miejsca zamieszkania w Polsce / adres miejsca pobytu

 adres poste restante skrytka pocztowa przegródka pocztowa

Jeśli jako sposób korespondencji wybierzesz:

- poste restante, podaj jedyne kod pocztowy placówki pocztowej oraz w polu Miejscowość wpisz nazwę tej placówki,
- skrytkę pocztową / przegródkę pocztową, w polu Numer domu wpisz numer skrytki/przegródki, w polu Kod pocztowy wpisz kod pocztowy placówki oraz w polu Miejscowość wpisz nazwę placówki pocztowej.

Ulica

Numer domu

Numer lokalu

Kod pocztowy

Miejscowość

Nazwa państwa

Podaj, jeśli Twój adres jest inny niż polski

Adres miejsca prowadzenia pozarolniczej działalności

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

Ulica

Numer domu

Numer lokalu

Kod pocztowy

Miejscowość

Numer telefonu

Jeśli podasz 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

Numer domu

Numer lokalu

Kod pocztowy

Miejscowość

Numer telefonu

Jeśli podasz 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

Rodzaj, seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość

Podaj, jeśli nie masz nadanego numeru PESEL

Imię

Nazwisko

Data urodzenia

| | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|

dd / mm / rrrr

Numer telefonu

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

Adres zamieszkania osoby, która zawiadnia o wypadku

Wypełnij, jeśli jesteś inną osobą niż poszkodowany

Ulica

Numer domu

Numer lokalu

Kod pocztowy

Miejscowość

Nazwa państwa

Podaj, jeśli Twój adres jest inny niż polski

Adres ostatniego miejsca zamieszkania w Polsce / adres miejsca pobytu osoby, która zawiadamia o wypadku

Wypełnij, jeśli jesteś inną osobą niż poszkodowany. Podaj adres ostatniego miejsca zamieszkania w Polsce, jeśli obecnie mieszkasz za granicą, ale wcześniej mieszkałeś w Polsce. Jeśli nie masz adresu zamieszkania, podaj adres miejsca pobytu lub adres ostatniego miejsca zamieszkania w Polsce

Ulica

Numer domu

Numer lokalu

Kod pocztowy

Miejscowość

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 / adres ostatniego miejsca zamieszkania w Polsce / adres miejsca pobytu

adres

poste restante

skrytka pocztowa

przegródka pocztowa

Jeśli jako sposób korespondencji wybierzesz:

- poste restante, podaj jedynie kod pocztowy placówki pocztowej oraz w polu Miejscowość wpisz nazwę tej placówki,
- skrytkę pocztową / przegródkę pocztową, w polu Numer domu wpisz numer skrytki/przegródki, w polu Kod pocztowy wpisz kod pocztowy placówki oraz w polu Miejscowość wpisz nazwę placówki pocztowej.

Ulica

Numer domu

Numer lokalu

Kod pocztowy

Miejscowość

Nazwa państwa

Podaj, jeśli Twój adres jest inny niż polski

Informacja o wypadku

1. Data wypadku

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

dd / mm / rrrr

Godzina wypadku

12:15

2. Miejsce wypadku

3. Planowana godzina rozpoczęcia pracy
w dniu wypadku

7:30

Planowana godzina zakończenia pracy
w dniu wypadku

14:00

4. Rodzaj doznanych urazów

ZŁAMANIA NASADY DALSZEJ KOŚCI PROMIENIOWEJ
PRAWEJ Z RANĄ SZARPANĄ PONIŻEJ WYROSTKA
RYLCOWATEGO KOŚCI PROMIENIOWEJ Z
POTENCJALNYM USZKODZENIEM ŚCIEGNA MIEŚNIA
PROSTOWNIKA PROMIENIOWEGO NADGARSTKA

5. Szczegółowy opis okoliczności, miejsca i przyczyn wypadku

SZCZEGÓLOWY OPIS DOŁĄCZONO W ZAŁĄCZNIKU- ZAPIS WYJAŚNIEŃ
POSZKODOWANEGO W WYPADKU

Podaj szczegółowy opis okoliczności, miejsca i przyczyn wypadku

6. Czy była udzielona pierwsza pomoc medyczna:



TAK



NIE

SZPITALNY ODDZIAŁ RATUNKOWY

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 (np. policja, prokuratura)

8. Czy wypadek powstał podczas obsługi maszyn, urządzeń:



TAK



NIE

WYCiąGARKA ŁAŃCUCHOWA O UDŹWIGU 1000KG POSIADAJĄCA CERTYFIKAT
CE

URZĄDZENIE SPRAWNE I UŻYTKOWANE ZGODNIE Z ZASADAMI PRODUCENTA

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 śródków trwałych:



TAK



NIE

Dane świadków wypadku**Świadek wypadku – 1**

| | | |
|---|----------------------|-----------------------------------|
| Imię | <input type="text"/> | |
| Nazwisko | <input type="text"/> | |
| 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 świadka jest inny niż polski | | |

Świadek wypadku – 2

| | | |
|---|----------------------|-----------------------------------|
| Imię | <input type="text"/> | |
| Nazwisko | <input type="text"/> | |
| 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 świadka jest inny niż polski | | |

Świadek wypadku – 3

| | | |
|---|----------------------|-----------------------------------|
| Imię | <input type="text"/> | |
| Nazwisko | <input type="text"/> | |
| 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 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)

EWYP

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 policji, ksero mandatu karnego itp.

Do

| | | | | |
|----|---|----|---|------|
| dd | / | mm | / | rrrr |
|----|---|----|---|------|

zobowiązuję się dostarczyć następujące dokumenty:

1. **ZAPIS WYJAŚNIEŃ POSZKODOWANEGO W WYPADKU**

2. **KARTA INFORMACYJNA LECZENIA SZPITALNEGO**

3. **DOKUMENT ZUS ZŁA O CHROBOWYM**

4.

5.

6.

7.

8.

Sposób odbioru odpowiedzi

w placówce ZUS (osobiście lub
przez osobę upoważnioną)

począć na adres
wskażany we wniosku

na moim koncie na Platformie
Usług Elektronicznych (PUE ZUS)

Oświadczam, że dane zawarte w zaświadczenie podaje zgodnie z prawdą, co potwierdzam złożonym podpisem.

Data

| | | | | | | | |
|----|---|----|---|------|---|---|---|
| 1 | 5 | 0 | 1 | 2 | 0 | 2 | 5 |
| dd | / | mm | / | rrrr | | | |

yletni podpis

Tożsamość ustalono na
podstawie dokumentu
tożsamości

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 internetowej ZUS pod adresem: <https://bip.zus.pl/rodo>