

ZAWIADOMIENIE O WYPADKU

06-02-2025

Wydział Świadczeń
Emerytalno-Rentowych

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

DOWÓD OSOBISTY

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

Imię

Nazwisko

Data urodzenia

dd / mm / rrrr

Płeć

(K – kobieta/ M – mężczyzna)

M

Miejsce urodzenia

Adres zamieszkania

Ulica

Numer domu

Numer lokalu

Kod pocztowy

Miejscowość

Gmina/ dzielnica

Nazwa państwa

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

Gmina/ dzielnica

Nazwa państwa

Podaj, jeśli adres jest inny niż polski

Rentier-Manager

EP

Data i podpis

STARSZY SPECJALISTA

Adres miejsca prowadzenia pozarolniczej działalności

Podaj, jeśli poszkodowany prowadził 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	<input type="checkbox"/> (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

EWYP

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"/>		

Podaj, jeśli Twój adres jest inny niż polski

Informacja o wypadku

1. Data wypadku	<input type="text" value="27"/> <input type="text" value="09"/> <input type="text" value="2021"/> <small>dd / mm / rrrr</small>	Godzina wypadku	<input type="text" value="ok 16:52"/>
2. Miejsce wypadku	<input type="text"/>		
3. Planowana godzina rozpoczęcia pracy w dniu wypadku	<input type="text" value="12:00"/>	Planowana godzina zakończenia pracy w dniu wypadku	<input type="text" value="18:00"/>
4. Rodzaj doznanych urazów	<input type="text" value="ZŁAMANIE OBU KOŚCI PIĘTOWYCH"/>		

5. Szczegółowy opis okoliczności, miejsca i przyczyn wypadku

Ujęcie wypadku to mieszkanie z oknem do wymiany.
Przyczyną wypadku było przewrócenie skrzydła okna i dlatego spadłem z drugiego piętra drabiny.

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></div>	Numer lokalu	<div></div>
Kod pocztowy	<div></div>	Miejscowość	<div></div>
Nazwa państwa	<div></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></div>		

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:

Zaświadczam, że powyższe dokumenty zostały przekazane do załącznika.

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.
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)

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

Data

0	4	0	2	2	0	2	5
dd		mm		rrrr			

Czytelny podpis

Tożsamość ustalono na podstawie
dokumentu tożsamości
SPECJALISTA

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: <http://bip.zus.pl/rodo/rodo-klauzule-informacyjne>