



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
- wykonywa pracę na podstawie umowy unikwymiącej (jako niadła)

Ustalimy wówczas okoliczności i przyczyny wypadku.

w drodze do pracy lub z pracy

WY

VERA

1 (I. GRU. 2021) 3

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

1. Wypełnij WIELKIMI LITERAMI
2. Wypełnij kolorem czarnym lub nobileskim (nie ołówkiem)
3. Pola wyboru zaznacz znakiem X

Dane osoby poszkodowanej

PESEL

Rodzaj, seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość

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

Imię

Nazwisko

Data urodzenia

Płeć

M

dd / mm / rr

(K - kobieta/ M - mężczyzna)

Miejsce urodzenia

Adres zamieszkania

Ulica

Numer domu

Numer lokalu

Kod poczowy

Miejscowość

Gmina/ dzielnica

Nazwa państwa

Podaj, jeśli adres jest inny niż polski

iancji

Podaj, jeśli adres do korespondencji jest inny niż adres zamieszkania

Ulica

Numer domu

Numer lokalu

Kod poczowy

Miejscowość

Gmina/ dzielnica

Nazwa państwa

Podaj, jeśli adres jest inny niż polski

EWYP

Adres miejsca prowadzenia pozarolniczej działalności

Podaj, jeśli poszkodowany prowadzi lub 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 sprawczanego opieki nad dzieckiem w wieku do lat 3

Podaj, jeśli poszkodowany wykonuje pracę na podstawie umowy opieki wychowawczej (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

[] [] [] [] [] []

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

EWYP

2

Adres do korespondencji

Podał, jeśli adres do korespondencji jest inny niż adres zamieszkania
Wypełnij jeśli jesteś inną osobą niż pozałożony

Ulica

Numer domu

Numer lokalu

Kod pocztowy

Miejscowość

Gmina/ dzielnica

Nazwa państwa

Podał, jeśli Twój adres jest inny niż polski

Informacja o wypadku

1. Data wypadku **05 11 2024**
dd mm yyyy

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

ompitacie ugięły palce wschodzącego
i przekreślone

5. Szczegółowy opis okoliczności, miejsca i przyczyn wypadku

Podczas naprawy na perlinie
Spadł mi na palec zacięty hamulec.

Podał 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 (Police, 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 akt test/ deklarację zgodności: TAK NIE

10. Czy maszyna, urządzenie zostało wpisane do ewidencji środków trwałych: TAK NIE

Dane świadków wypadku**Świadek wypadku – 1**

Imię	<input type="text"/>
Nazwisko	<input type="text"/>
Ulica	<input type="text"/>
Numer domu	Numer lokalu <input type="text"/>
Kod pocztowy	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	Numer lokalu <input type="text"/>
Kod pocztowy	Miejscowość <input type="text"/>
Nazwa państwa <input type="text"/>	

Podaj, jeśli adres świadka jest inny niż polski

EWYP

Świadok 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 za szpitala/ zaświadczenie o udzieleniu pierwszej pomocy z pogotowia ratunkowego wraz z wywiadem



kserokopia postanowienia prokuratury o wzroście postępowania karnego lub zawieszeniu/ umorzeniu postępowania



kserokopia statystycznej karty zgonu lub zaświadczenie lekarskie stwierdzające przyczynę zgonu, skrócony odpis aktu zgonu (w przypadku wypadku za 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 jaka, np.: dokumenty dotyczące udzielonej pomocy medycznej, umowa na wykonywaną usługę, faktura, rachunek, notaika z policji, ksero mandatu karnego, itp.

Do

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

zobowiązuję się dostarczyć następujące dokumenty

1.

2.

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 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.**

Date: **10.12.2024**

dd / mm / yy

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