

06-02-2025

Wydział Świadczeń
Emerytalno-Rentowych

ZAWIADOMIENIE O WYPADKU

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

Płeć

M

dd / mm / rrrr

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

Rentier-Manager

EP

Gmina/ dzielnica

Data i podpis

Nazwa państwa

STARSZY SPECIALIST

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 niemna)

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

dd / mm / rr

(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

27/08/2024

Godzina wypadku

08:16:50

2. Miejsce wypadku

3. Planowana godzina rozpoczęcia pracy
w dniu wypadku

12:00

Planowana godzina zakończenia pracy
w dniu wypadku

4. Rodzaj doznanych urazów

ZŁAMANIE OBU KOŚCI PIĘTOWYCH

5. Szczegółowy opis okoliczności, miejsca i przyczyn wypadku

Miejsce wypadku to mieszkanie z oknem do wymiany.
 Przyczyną wypadku było przenoszenie skrzyni
 okna i dalej spadkiem z drugiego szczebla 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 (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 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

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

Świadek wypadku - 3

Imię			
Nazwisko			
Ulica			
Numer domu		Numer lokalu	
Kod poczty			
Miejscowość			
Nazwa państwa			

Podaj, jeśli adres świadka jest inny niż polski

Załączniki

- kserokopia karty informacyjnej ze szpitala/ zaświadczenie o udzieleniu pierwszej pomocy z pogotowia ratunkowego wraz z wywadem
- kserokopia postanowienia prokuratury o wszczęciu postępowania karnego lub zawieszeniu/ umorzeniu postępowania
- kserokopia statystycznej karty zgonu lub zaświadczenie lekarskie stwierdzające przyczynę zgonu, skrócony opis 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:

Rasjadałor lekarz, Leona Wachowsciego

Podaj jakaś, 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.

Sposób odbioru odpowiedzi

- w placówce ZUS (osobiście lub
przez osobę upoważnioną) pocztą na adres do korespondencji
wskażany 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 **04 02 2025**
dd / mm / rr

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>