

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 nianna).

Ustalimy wówczas okoliczności i przyczyny wypadku.

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

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

Miejsce urodzenia

Numer telefonu

tu powinno być uzupełnione

Adres zamieszkania osoby poszkodowanej

Ulica

Numer domu

Kod pocztowy

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 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

Adres miejsca prowadzenia pozarolniczej działalności

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

Ulica

Numer domu

Kod pocztowy

Numer telefonu

Adres sprawowania opieki nad dzieckiem w wieku do lat 3

Podaj, jeśli poszkodowany wykonuje pracę na podstawie umowy uaktywniającej (jako nielana)

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 zawiadamia o wypadku

Wypełnij, jeśli jesteś inną osobą niż poszkodowany

Ulica

Numer domu Numer lokalu

Kod pocztyowy 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 pocztyowy 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 pocztyowy Miejscowość

Nazwa państwa

Podaj, jeśli Twój adres jest inny niż polski

Informacja o wypadku

1. Data wypadku 1 2 0 3 2 0 2 5
dd / mm / rrrr

Godzina wypadku OKOŁO 11:00

2. Miejsce wypadku

3. Planowana godzina rozpoczęcia pracy
w dniu wypadku 8:00

Planowana godzina zakończenia pracy
w dniu wypadku 16:00

4. Rodzaj doznałnych urazów

URAZ PRAWEGO ŁOKCIA I ROZCIĘCIE TWARZY

5. Szczegółowy opis okoliczności, miejsca i przyczyn wypadku

W dniu zdarzenia prace rozpoczęłem około godziny 8 rano na prywatnej posesji w miejscowości []

Prace wykonywałem samodzielnie zgodnie z prowadzoną działalnością gospodarczą. Zakres usługi obejmował wykonanie tynków mokrych zgodnie z zawartą umową na wykonanie prac tynkarskich w remontowanym budynku gospodarczym. Prace były wykonywane w pomieszczeniu o wysokości 2,70m. Z uwagi na wysokość pomieszczenia do pracy wykorzystałem typowe kozły murarskie o wysokości 0,8m, na kozły położyłem deski grubości 4 cm i na tak przygotowany podest położyłem kalfas (pojemnik na zaprawę tynkarską). Po zrobieniu zaprawy tynkarskiej i jej nałożeniu do kalfasu przystąpiłem do narzucania tynku na sufit. W miarę postępu prac przedstawiałem podest kontynuowałem tynkowanie sufitu. Około godziny 11 wykonując ruch do tyłu (cofając się po podeście), aby narzucić kolejną porcję tynku potknąłem się o kalfas w wyniku, czego utracilem równowagę i upadłem na podłożę betonowe. Gdy upadłem odczułem ból w prawej ręce w okolicy łokcia. Zobaczyłem również krew leczącą z twarzy. Podniósłem się o własnych siłach i udało się do sąsiedniego pomieszczenia gdzie pracował inny właściciel podobnej firmy, który również wykonywał prace budowlane. Osobą tą był [] osoba zarejestrowana na działalności gospodarczej. [] zawiódł mnie do szpitala w [] na SOR, gdzie lekarz udzielił wymaganej pomocy medycznej. Po zaopatrzeniu w szpitalu zostałem skierowany do miejsca zamieszkania w celu kontynuowania leczenia w przychodni chirurgicznej.

Podaj szczegółowy opis okoliczności, miejsca i przyczyn wypadku

6. Czy była udzielona pierwsza pomoc medyczna: TAK NIE

Szpital Miejski w [] oddział SOR

Jeśli TAK, podaj nazwę i adres placówki służby zdrowia

7. Organ, który prowadził postępowanie w sprawie wypadku

Nie było zgłasiane organom zewnętrznym.

Podaj nazwę i adres organu, który prowadził postępowanie w sprawie wypadku (np. policja, prokuratura)

8. Czy wypadek powstał podczas obsługi maszyn, urządzeń: TAK NIE

Narzędzia murarskie (kielnia) nie wymagają certyfikatów. Nie znalazłem instrukcji obsługi kielni. Jest mi znana zasada posługiwania się kielnią murarską, posiadam umiejętności posługiwania się kielnią nabytą po po przez lata wykonywania zawodu murarza/tynkarza.

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	Brak bezpośredniego świadka zdarzenia	
Nazwisko		
Ulica		
Numer domu		Numer lokalu
Kod poczłowy		Miejscowość
Nazwa państwa		
Podaj, jeśli adres świadka jest inny niż polski		

Świadek wypadku – 2

Imię		
Nazwisko		
Ulica		
Numer domu		Numer lokalu
Kod poczłowy		Miejscowość
Nazwa państwa		
Podaj, jeśli adres świadka jest inny niż polski		

Świadek wypadku – 3

Imię		
Nazwisko		
Ulica		
Numer domu		Numer lokalu
Kod poczłowy		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 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:

- 1) Karta wypadku- sporządzona na wniosek poszkodowanego przez specjalistę BHP |
 2) Zapis wyjaśnień poszkodowanego w związku z wszczęтыm postępowaniem powypadkowym osoby prowadzącej działalność gospodarczą zgłoszoną do ubezpieczenia z kodem 05 90 00 tytuł ubezpieczenia społecznego art.3 ust. 3 pkt 8 (Dz . U. z 2009 r, Nr 167, poz 1322, z późn. zm.)

Podaj jakie, np. dokumenty dotyczące udzielonej pomocy medycznej, umowa na wykonywaną usługę, faktura, rachunek, notałka 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
wskażany we wniosku

na moim koncie na Platformie
Uslug Elektronicznych (PUE ZUS)

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

Data

2	0	0	3	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 centrali lub terenowych jednostkach organizacyjnych ZUS oraz na stronie internetowej ZUS pod adresem: <https://bip.zus.pl/rodo>