

# PUBLIC LIABILITY ACCIDENT

## 1) PERSONAL DETAILS:

Full name:

Address:

Contact number:

Date of birth:

E-mail:

Occupation:

NIN:

## 2) INJURY DETAILS:

Describe your injuries:

## 3) MEDICAL INFORMATION:

Have you visited your GP?

Have you attended hospital:

Other medical visit:

Recommended treatment:

## 4) ACCIDENT RELATED INFORMATION:

Date:

Time:

Location:

Accident circumstances:

Who is responsible for the accident:

Why the accident happened:

Has anything changed after the accident?

Could the accident be prevented?

**5) REPORT OF THE ACCIDENT:**

Has the accident been reported?

YES

NO

To whom the accident has been reported:

Has the accident been reported in writing?

YES

NO

Have you signed the accident note?

YES

NO

Are there any witness?

YES

NO

**6) LOSSES RELATED TO THE ACCIDENT:**

Days off work after the accident:

YES

NO

How many days:

Did you need care and assistance?

YES

NO

Any other losses:

**7) ADDITIONAL INFORMATION:**

Do you need interpreter?

YES

NO

Additional information:

How did you hear about us:

FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY PO WYPADKU W MIEJSCU PUBLICZNYM:

**1) PODAJ SWOJE DANE OSOBOWE:**

Imię i nazwisko:

Adres:

Numer telefonu:

Data urodzenia:

Adres e-mail:

Wykonywany zawód:

NIN:

**2) ODNIESIONE OBRAŻENIA:**

Jakie obrażenia  
odniosłeś na  
skutek wypadku:

**3) CZY PO WYPADKU KORZYSTAŁEŚ Z POMOCY MEDYCZNEJ:**

Wizyta w szpitalu:

Wizyta u GP:

Wizyta u innego  
specjalisty:

Co zalecił lekarz:

**4) INFORMACJE O WYPADKU:**

Data wypadku:

Godzina wypadku:

Dokładna lokalizacja  
wypadku:

Jak doszło do  
wypadku:

Kto według Ciebie  
jest winny zajścia:

Dlaczego doszło  
do wypadku:

Czy po wypadku  
coś się zmieniło (np.  
nawierzchnia została  
naprawiona?):

Czy można było  
zapobiec wypadkowi:

### 5) INFORMACJE O ZGŁOSZENIU WYPADKU :

Czy wypadek został  
zgłoszony:

Tak  Nie

Komu zgłoszono wypadek:

Czy odnotowano  
wypadek pisemnie:

Tak  Nie

Czy podpisałeś  
raport z wypadku:

Tak  Nie

Czy są świadkowie  
wypadku:

Tak  Nie

### 6) INFORMACJE DOTYCZĄCE PONIESIONYCH KOSZTÓW:

Nieobecność w  
pracy z powodu  
wypadku:

Tak  Nie

ilość dni:

Czy po wypadku  
wymagałeś opieki:

Tak  Nie

Inne koszty  
związane z  
wypadkiem:

### 7) POZOSTAŁE INFORMACJE:

Czy potrzebujesz  
pomocy tłumacza:

Tak  Nie

Dodatkowe  
informacje:

Skąd się o nas  
dowiedziałeś: