

## Zawiadomienie o wypadku

Instrukcja wypełniania

Wypełnij ten formularz i przekaż go do nas, jeśli wypadkowi przy pracy / wypadkowi uległa osoba, która:

- prowadzi pozarolniczą działalność,
- współpracuje przy prowadzeniu pozarolniczej działalności,
- wykonuje pracę na podstawie umowy uaktywniającej (jako niania).

Ustalimy wówczas okoliczności i przyczyny wypadku.

W kartotece emeryt. – rentowa

Zanim wypełnisz formularz, zapoznaj się z dołączoną do niego Informacją o wypadku.

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

Jeśli podasz tę informację, ułatwi nam to kontakt w Twojej sprawie.  
To pole jest dobrowolne

Adres zamieszkania osoby poszkodowanej

Ulica

Numer domu

Numer lokalu

Kod pocztowy

Miejscowość

Nazwa państwa

Podaj, jeśli adres jest inny niż polski

Adres ostatniego miejsca zamieszkania w Polsce / adres miejsca pobytu

Podaż 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 pocztowej 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

Numer lokalu

Kod pocztowy

Miejscowość

Numer telefonu

Jeśli podasz tę informację, ułatwi nam to kontakt w Twojej sprawie.  
To pole jest dobrowolne**Adres sprawowania opieki nad dzieckiem w wieku do lat 3**

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

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

skrytkę pocztową

przegródkę pocztową

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 pocztywy wpisz kod pocztowy placówki oraz w polu Miejscowość wpisz nazwę placówki pocztowej.

Ulica

Numer domu  Numer lokalu

Kod pocztywy  Miejscowość

Nazwa państwa

Podaj, jeśli Twój adres jest inny niż polski

#### Informacja o wypadku

1. Data wypadku

0	6	0	9	2	0	2	5
---	---	---	---	---	---	---	---

  
dd / mm / rrrr
 

Godzina wypadku

19:00

2. Miejsce wypadku

3. Planowana godzina rozpoczęcia pracy  
w dniu wypadku

Planowana godzina zakończenia pracy  
w dniu wypadku

## 4. Rodzaj doznań urazów

ZŁAMANIE NA POZIOME NADGARSTKA I RĘKI-LICZNE ZŁAMANIA PALCÓW.  
 OTWARTA RANA NADGARSTKA I RĘKI-LICZNE OTWARTE RANY NADGARSTKA I  
 RĘKLINNE I NIEOKREŚLONE URAZY NADGARSTKA I RĘKI -LICZNE URAZY NADGARSTKA  
 I RĘKI.RANY SZARPANE PALCÓW III-V RĘKI LEWEJ Z USZKODZENIEM APARATU  
 WYPROSTNEGO PALCÓW, ZŁAMANIEM GŁOWY PALICZKA BLIŻSZEGO I PODSTAWY  
 PALICZKA ŚRODKOWEGO PALCA IV,ZŁAMANIEM GŁOWY PALICZKA BLIŻSZEGOPALCA

## 5. Szczegółowy opis okoliczności, miejsca i przyczyn wypadku

GDY PRACOWAŁEM NA FREZARCE DO DRZEWIA W MOIM ZAKŁADZIE STOŁARSKIM [ ] PODCZAS  
 FREZOWANIA MATERIAŁU PRZEZ MNIE OBRABIANEGO , NASTAŁO PĘKNIECIE MATERIAŁU OBRABIANEGO CO  
 SPOWODOWAŁO OBSUNIĘCIE MOJEJ LEWEJ RĘKI NA OSTRZA FREZY.

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 (np. policja, prokuratura)

## 8. Czy wypadek powstał podczas obsługi maszyn, urządzeń:



TAK



NIE

TAK MASZYNA BYŁA SPRAWNA I UŻYTКОWANA ZGODNIE Z ZASADAMI PRODUCENTA.

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 śródków trwałych:



TAK



NIE

**Dane świadków wypadku****Świadek wypadku – 1**Imię 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 posłopowania karnego lub zawieszeniu/ umorzeniu posłopowania

Kserokopia stalsytycznej 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:

Podaj jakie, np. dokumenty dotyczące udzielonej pomocy medycznej, umowa na wykonywaną usługę, faktura, rachunek, notałka z policji, ksero mandatu karnego itp.

09.10.2025  
dd / mm / rrrr

zobowiązuję się dostarczyć następujące dokumenty:

1. tabliczka znanionowa przekazki 31.10.2025
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_
4. \_\_\_\_\_
5. \_\_\_\_\_
6. \_\_\_\_\_
7. \_\_\_\_\_
8. \_\_\_\_\_

#### Sposób odbioru odpowiedzi

w placówce ZUS (osobiście lub  
przez osobę upoważnioną)



poczta na adres  
wskażany we wniosku



na moim koncie na Platformie  
Uslug Elektronicznych (PUE ZUS)

*Rokietowo*

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

Data

29 09 2025  
dd / mm / rrrr

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: <https://bip.zus.pl/rodo>