



ZAKŁAD  
Ubezpieczeń  
SPOŁECZNYCH

EWYP

## Formularz o wypadku

### Instrukcja wypełniania

Wypełnij ten formularz i przekaz go do nas, jeśli wyników przy pracy/ wypadku 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.

Zanim wypełnisz formularz, zapoznaj się z dołączoną do niego informacją.

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

|            |            |      |
|------------|------------|------|
| Wypełniono | 2025-01-10 | L.p. |
| Nr ręcz.   |            |      |

### Dane osoby poszkodowanej

PESEL



Rodzaj, gatunek i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość

Imię

Nazwisko

Data urodzenia

Miejsce urodzenia

Numer telefonu

To pole jest dobrowolne

### Adres zamieszkania osoby poszkodowanej

Ulica



Numer domu

Numer lokalu

Kod pocztowy

Miejscowość

Nazwa państwa

Podaż, 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, nie wcześniej niż miesiąc 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

# EWYP

## 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     posta restante     skrytka pocztowa     przegródka pocztowa

Jeśli jako sposób korespondencji wybierzesz:

- posta restante, podaj jedyńkę 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  |  |              |
| Nazwa państwa |  |              |

Podaj, jeśli Twój adres jest inny niż polski

## Adres miejsca prowadzenia pozarolniczej działalności

Podaj, jeśli poszkodowany prowadzi pozarolniczą działalność (o której mowa na stronie internetowej instytucji)

|                |  |              |
|----------------|--|--------------|
| Ulica          |  |              |
| Numer domu     |  | Numer lokalu |
| Kod pocztowy   |  |              |
| Numer telefonu |  |              |

Jesli 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 udzielającej (jako niania)

|                |  |              |
|----------------|--|--------------|
| Ulica          |  |              |
| Numer domu     |  | Numer lokalu |
| Kod pocztowy   |  |              |
| Numer telefonu |  |              |

Jesli podasz tę informację, ułatwia 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   |  |  |  |  |  |  |

**EWYP**

Data urodzenia  dd / mm / rr

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

**Adres zamieszkania osoby, która zawładamia 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 zawładamia o wypadku**

Wypełnij, jeśli jesteś inną osobą niż poszkodowany. Podaj adres ostatniego miejsca zamieszkania w Polsce, jeśli obecnie mieszkasz za granicą, w Polsce

Ulica   
Numer domu  Numer lokalu   
Kod pocztyowy  Miejscowość

**Adres do korespondencji osoby, która zawładamia 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     posta restante     skrytka pocztowa     przegródka pocztowa

Jeśli jako sposób korespondencji wybierzesz:

- posta restante, podaj jedyne 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 pocztyowy 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  03/10/2024 dd / mm / rr Godzina wypadku  9:00
2. Miejsce wypadku
3. Planowana godzina rozpoczęcia pracy w dniu wypadku  4:00 Planowana godzina zakończenia pracy w dniu wypadku  15:00

# EWYP

## 4. Rodzaj doznań urazów

STŁUCZENIE BĄKU I RAMIENIA PRAWEGO  
WZŁODZONE SCŁĘGNO, MASYNE USZKOJDZENIE  
SIÓZKA ROTATORÓW STAWU RAMIENNego PRAWEGO  
ZŁYCHAJĘCIE I CZYŚCIOWE USZKOJDZENIE LBI

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

W dniu 03.10.24 ols. godz. 9 rano zakończeniu zarządu mebli kuchennych dla klienta z miejscowości ...  
moj posiadany przez mnie samochód dostawczy marki  
peugeot boxer. Następnie meble zabezpieczając paczki  
transportowymi i dając zjeść do skrzyni Tadunkowej. W tym czasie  
zaciągnął podst. dach. W pewnym momencie moje prawe ręce zaciągnęły się  
2 podłogowe skrzyni Tad. straciłem równowagę i spadłem na dach. Kiedy mogłem  
ponownie wstać na skrzyni. Całym ciałem upadłem na betonowe podłodze 2 wyż. 1 m.  
Pamieli bol u przejęcia na barki i ramiona. Dźgucie jam. Po informacjach sąsiadów  
Podaj szczegółowy opis okoliczności, miejsca i przyczyn wypadku o tym idzie o tym i dobrze w 100% SOK.

## 6. Czy była udzielona pierwsza pomoc medyczna:

TAK       NIE

Centrum Zdrowia Sio. 200 - SOK

## 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 powstaje podczas obsługi maszyn, urządzeń:

TAK       NIE

Jesli TAK, podaj czy maszyna, urządzenie były sprawne i używane zgodnie z zasadami producenta i w jaki sposób

## 9. Czy maszyna, urządzenie posiada aktu deklarację zgodności:

TAK       NIE

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

TAK       NIE

# EWYP

## Dane świadków wypadku

### Świadek wypadku - 1

|               |  |              |  |
|---------------|--|--------------|--|
| Imię          |  |              |  |
| Nazwisko      |  |              |  |
| Ulica         |  |              |  |
| Numor domu    |  | Numor lokalu |  |
| Kod poczlowy  |  | Miejscowość  |  |
| Nazwa państwa |  |              |  |

Podaj, jeśli adres świadka jest inny niż polski

### Świadek wypadku - 2

|               |  |              |  |
|---------------|--|--------------|--|
| Imię          |  |              |  |
| Nazwisko      |  |              |  |
| Ulica         |  |              |  |
| Numor domu    |  | Numor lokalu |  |
| Kod poczlowy  |  | Miejscowość  |  |
| Nazwa państwa |  |              |  |

Podaj, jeśli adres świadka jest inny niż polski

### Świadek wypadku - 3

|               |  |              |  |
|---------------|--|--------------|--|
| Imię          |  |              |  |
| Nazwisko      |  |              |  |
| Ulica         |  |              |  |
| Numor domu    |  | Numor lokalu |  |
| Kod poczlowy  |  | Miejscowość  |  |
| Nazwa państwa |  |              |  |

Podaj, jeśli adres świadka jest inny niż polski

## Załączniki

- kserokopia karty informacyjnej ze szpitala/ zaświadczenie o udzieleniu planowej pomocy z pogolowia 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 za skutkiem śmiertelnym)

EWYP

- dokumenty potwierdzające prawo do wydania karty wypadku osobie innej niż poszkodowany (m.in. skrócony odpis aktu urodzenia, skrócony odpis aktu małżeństwa, pełnomocnictwa)

inne dokumenty:

Podaj jaże, np. dokumenty dotyczące udzielonej pomocy medycznej, umowa na wykonywaną usługę, faktura, rachunek, notała z policji, krańca mandatu karnego itp.

**Do**      zobowiązuje 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 wskazany w wniosku  na moim koncie na Platformie Usług Elektronicznych (PUE ZUS)

Oświadczam, że dane zawarte w zaświadczenie po 11 - 2018 pochodzą z prawdziwego źródła.

Date 08012015  
dd/mm/yy

Tożsamość ustalona na podstawie dokumentu tożsamości

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 lesserowych jednostkach organizacyjnych ZUS oraz na stronie internetowej ZUS pod adresemem <https://bio.zus.pl/nrda>