



ZAKŁAD  
UBEZPIECZEŃ  
SPOŁECZNYCH

EWYP

### Zawiadomienie o wypadku

#### Instrukcja wypełniania

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

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

Ustalimy wówczas okoliczności i przyczyny wypadku.

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

1. Wypełnij WIELKIMI LITERAMI
2. Po każdym zaznacz znakiem X
3. Wypełnij kolorem czarnym lub niebieskim (nie ołówkiem)

2025 -01- 31

Zat.

#### Dane osoby poszkodowanej

PESEL

Rodzaj, seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość

Imię

Nazwisko

Data urodzenia

dd / mm / rr

Miejsce urodzenia

Numer telefonu

Jeli podasz tę информацию, stawimy 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

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

# 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 restaura       skrytka pocztowa       przegródka pocztowa

Jeśli jako sposób korespondencji wybierzesz:

- postę restaura, 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 postać

## Adres miejsca prowadzenia pozarodzinnej działalności

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

Ulica

Numer domu

Numer lokalu

Kod pocztowy

Miejscowość

Numer telefonu

Jesli podasz tę informację, stawimy Cią 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 (ako niania)

Ulica

Numer domu

Numer lokalu

Kod pocztowy

Miejscowość

Numer telefonu

Jesli podasz tę informację, stawimy Cią 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

Paweł

Nazwisko

# EWYP

Data urodzenia

dd	/	mm	/	rrrr
----	---	----	---	------

Numer telefonu

Jest podana ta informacja, ułatwi nam to kontakt w Twojej sprawie.  
To po<je> jest dobrowolne.

## Adres zamieszkania osoby, która zawiadamia o wypadku

Wypełnij, jeśli jesteś inną osobą niż poszkodowany

Ulica

Numer domu

Numer lokalu

Kod pocztowy

Miejscowość

Nazwa państwa

Podaj, jeśli Twój adres jest inny niż powyżej

## 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 pocztowy

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

posta restante

skrytka pocztowa

przegrodnika pocztowa

Jedź jako sposób korespondencji wybierz:

- posta restante, podaj jedynie kod pocztowy placówki pocztowej oraz w polu Miejscowość wpisz nazwę tej placówki.
- skrytkę pocztową / przegrodkę pocztową, w polu Numer domu wpisz numer skrytki/przegrodki, 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 powyżej

## Informacja o wypadku

1. Data wypadku

26	10	2024
dd	/	mm
	/	rrrr

Godzina wypadku

17:00
-------

2. Miejsce wypadku

3. Planowana godzina rozpoczęcia pracy  
w dniu wypadku

7:00
------

Planowana godzina zakończenia pracy  
w dniu wypadku

18:00
-------

EWYP

4. Rodzaj doznałnych urazów

uszkodzenie III stopnia ACL, drobne pęknięcie LM,  
płyn w stawie, chondromalacja II stopnia erekci

5. Szczegółowy opis okoliczności, miejsca i przyczyn wypadku

Podaż szczegółowy opis okoliczności, miejsca i przyczyn wypadku

6. Czy była udzielona pierwsza pomoc medyczna:

TAK

NIE

SZPITAL ODZIAŁ RATUNKOWY SOK

Jest TAK, podaj nazwę i adres placówki służby zdrowia

7. Organ, który prowadził postępowanie w sprawie wypadku

SZPITAL ODZIAŁ RATUNKOWY - SOK

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

8. Czy wypadek powstał podczas obsługi maszyny, urządzenia:

TAK

NIE

Jest TAK, podaj, czy maszyna, urządzenia były sprawne i użytkowane zgodnie z zasadami producenta i w jaki sposób

9. Czy maszyna, urządzenie posiada elektroniczną deklarację zgodności:

TAK

NIE

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

TAK

NIE

**Dane świadków wypadku****Świadek wypadku - 1**

Imię	<input type="text"/>	
Nazwisko	<input type="text"/>	
Ulica	<input type="text"/>	
Numer domu	<input type="text"/>	Numer lokalu <input type="text"/>
Kod pocztowy	<input type="text"/>	Miejscowość <input type="text"/>
Nazwa państwa	<input type="text"/>	

(Podaj, jeśli adres świadka jest inny niż polski)

**Świadek wypadku - 2**

Imię	<input type="text"/>	
Nazwisko	<input type="text"/>	
Ulica	<input type="text"/>	
Numer domu	<input type="text"/>	Numer lokalu <input type="text"/>
Kod pocztowy	<input type="text"/>	Miejscowość <input type="text"/>
Nazwa państwa	<input type="text"/>	

(Podaj, jeśli adres świadka jest inny niż polski)

**Świadek wypadku - 3**

Imię	<input type="text"/>	
Nazwisko	<input type="text"/>	
Ulica	<input type="text"/>	
Numer domu	<input type="text"/>	Numer lokalu <input type="text"/>
Kod pocztowy	<input type="text"/>	Miejscowość <input type="text"/>
Nazwa państwa	<input type="text"/>	

(Podaj, jeśli adres świadka jest inny niż polski)

**Złączniki**

- Kserokopia karty informacyjnej ze zgłoszeniem zaświadczenie o udzieleniu pierwszej pomocy z popołowała ratunkowego wraz z wywiadem
- Kserokopia postanowienia prokuratury o wszczęciu postępowania karnego lub zamieszczenia umorzenia postępowania
- Kserokopia statystycznej karty zgony lub zaświadczenie lekarskie stwierdzające przyczynę zgony, skrócony odpis aktu zgony (w przypadku wypadku ze skutkiem śmiertelnym)

# EWYP

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

Inne dokumenty:

## KARTA INFORMACYJNA LECHENIA SZPITALNEGO I SKŁADNIK DO POGODKI SPECjalISTYCZNEJ WYMIK DZIAŁANIA REZONANSU MAGNETYCZNEGO

Podać np. np. dokumenty dotyczące udzielonej pomocy medycznej, umowa na wykonwaną usługę, faktury, rechnuty, notatki z pojęciem mandatu konsultačního.

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  
Usług Elektronicznych (PUE ZUS)

Oświadczam, że dane zawarte w zaświadczenie podają zgodnie z prawdą, co potwierdzam złotym podpisem.

Data

31	01	2025
----	----	------

dd / mm / rrrr

--

Informacje, o których mowa w art. 13 ust. 1 i 2 Regulaminu 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 tych 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://bp.zus.pl/rodo>