



ZAKŁAD  
UBEZPIECZEN  
SPOŁECZNYCH

EWYP

## Zawiadomienie o wypadku

### Instrukcja wypełniania

Wypełnij ten formularz i prześlij go do nas, jeśli wypadki przy pracy / wypadki 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 nielania).

Ustalcmy 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 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

### Adres zamieszkania osoby poszkodowanej

Ulica

Numer domu

Kod pocztowy

Nazwa państwa

### Adres ostatniego miejsca zamieszkania w Polsce / adres miejsca pobytu

Podaj adres ostatniego miejsca zamieszkania w Polsce, jeśli obecnie mieszkasz za granicą, albo wezdasz / adres miejsca pobytu w Polsce, jeśli nie masz adresu zamieszkania, podaj adres miejsca pobytu lub adres ostatniego miejsca zamieszkania w Polsce.

Ulica

Numer domu

Kod pocztowy

Numer lokalu

Miejscowość

Zakład Ubezpieczeń Społecznych w Informacje - [www.zus.pl](http://www.zus.pl)

Strona 1 z 6

**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 działalności lub działalności**

Podaj, jeśli poszkodowany prowadzi, prowadziła działalność lub współpracuje przy prowadzeniu takiej działalności

Ulica:

Numer domu:

Kod pocztowy:

Numer telefonu:

To pole jest dobrowolne

**Adres sprawowania opieki nad dzieckiem w wieku do lat 3**

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

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 zawiadomiła 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 polski

Adres ostatniego miejsca zamieszkania w Polsce / adres miejsca pobytu osoby, która zawiadomiła o wypadku  
Wypełnij, jeśli jesteś inną osobą niż poszkodowany / Podaj adres ostatniego miejsca zamieszkania w Polsce; jeśli obecnie mieszkasz za granicą, ale wcześniej mieszkales 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 zawiadomiła o wypadku

Wypełnij, jeśli jesteś inną osobą niż poszkodowany; 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 wybierasz:

- posta 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

## Informacja o wypadku

1. Data wypadku:

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

Godzina wypadku:

2. Miejsce wypadku:

3. Planowana godzina rozpoczęcia pracy w dniu wypadku

Planowana godzina zakończenia pracy w dniu wypadku

4. Rodzaj doznanych urazów

ZŁAMANIE V KOŚCI ŚRODSTOPIA PRAWEJ  
 PODEJRZENIE ZŁAMANIA IV KOŚCI ŚRODSTOPIA  
 PRAWEJ

5. Szczegółowy opis okoliczności, miejsca i przyczyn wypadku

W DNIU 12.08.2015 PODCZAS OBROTU HZKON SZULISOWYCH NA SAMOCHODZIE  
 O NR REJESTRACYJNYM [ ] WYKONYWANY ROZŁADUNEK PALET  
 W MAGAZYNIE ROSSMANN. ZGODNIE ZE ZAGCENIEM TRANSPORTOWYM  
 W TRAKCIE POBRANIA PALETY, PRZY PODPARCIU SIĘ  
 STOPĄ I DEZYN PRZESUMIECIU PALET DOSZŁO DO NAGŁEGO URAZU PRAWEJ  
 NOGI. W MOMENCIE WYPADKU POJAWIŁ SIĘ SILNY BÓL I TRUDNOŚĆ  
 W CHODZENIU. ZDARZENIE MIAŁO MIEJSCE BEZ WZJĘCIA OCHRONY  
 PO KONSULTACJI LEKARSKIEJ W IZBIE PRZYJĘĆ W SZPITALU MIĘSKIM W  
 ROZPOZNAŁO ZŁAMANIE KOŚCI ŚRODSTOPIA PRAWEJ STOPY. OBECNIE KONTINUJE  
 LECZENIE W PORADNI WORTOBODYCZNEJ I PRZECIŁNI. ESKUZAD  
 DO DOKUMENTACJI WYPADKU DOŁĄCZONO ZAGCENIE TRANSPORTOWE  
 POTWIERDZAJĄCE WYKONYWANIE CZYNNOŚCI ZAWODOWYCH W TYM DNIU.  
 KARTĘ INFORMACYJNĄ Z 12.08.2015 PRZYJĘĆ POSIADAJĄCĄ UDZIAŁE POMOCE  
 MEDYCZNEJ

Podaj szczegółowy opis okoliczności, miejsca i przyczyn wypadku

6. Czy była udzielona pierwsza pomoc medyczna:



TAK



NIE

SZPITAL MIĘSKI

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

Jeśli TAK, podaj, czy maszyna, urządzenie były, są prawidłowo użytkowane zgodnie z zasadami, instrukcjami i wyjątki:

9. Czy maszyna, urządzenie posiada aktualną 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

## Załączniki

- ☒ Kserokopia karty informacyjnej ze szpitala/zaświadczenia o udzieleniu pierwszej pomocy z pogotowia/ratownicowego wraz z wyładem
- ☐ Kserokopia postanowienia prokuratury o wszczęciu postępowania karnego lub zarządzenia umorzenia postępowania
- ☐ Kserokopia stałej karty zgonu lub zaświadczenia lekarza stwierdzającego przyczynę zgonu, skrócony, odpis aktu zgonu (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:

ZACZENIE TRANSPORTOWE NA TRASIE RABIANICE - PYSKONICE

Podaj także: np. dokumenty dotyczące udzielonej pomocy medycznej; umowa na wykonywane usługi; faktura; rachunek; notatka z policyjnego mandatu samodzielnego

Do: 3.11.2025 zobowiązuje się dostarczyć następujące dokumenty:  
dd: / mm: / rrrr

1. HISTORIA CHOROBY Z PORADNI ORTOPEDYCZNEJ
- 2.
- 3.
- 4.
- 5.
- 6.
- 7.
- 8.

Sposób odbioru odpowiedzi:

☐ wpłać w ZUS (osobie lub przez osobę upoważnioną) ☒ pocztą na adres: wskazany we wniosku ☐ na moim koncie na Platformie Usług Elektronicznych (PUE ZUS)

Oświadczam, że dane zawarte w załączniku podałem zgodnie z prawdą; co potwierdzam złożonym podpisem.

Data: 1.8.2025  
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>