

Zawiadomienie o wypadku

Instrukcja wypełniania

Wypełnij ten formularz i przekaz go do nas, jeśli wypadkowi przy pracy/ wypadkowi 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 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 kolorem czarnym lub niebieskim (nie ołówkiem)

ZAKŁAD UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH		
Wpłynęło	2025-09-30	5
Nr Rej.	0202	(2)

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 [

Kod pocztowy [

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 mieszkaleś 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 ☐ 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				ZAKŁAD UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH Lubuskie w Internetie	
Numer domu		Numer lokalu		Wpłynęło	
Kod pocztowy		Miejscowość		2025-09-30 L. wal.
Nazwa państwa				Nr Rej.	(2)

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		
Kod pocztowy		
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 niania)

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 pocztowy

Miejscowość

Nazwa państwa

Podaj, jeśli Twój adres jest inny niż polski (2)

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 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 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

☐ 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

Informacja o wypadku

1. Data wypadku

Poniedziałek							
2	2	0	9	2	0	2	5
dd		mm		rrrr			

Godzina wypadku

14.00

2. Miejsce wypadku

3. Planowana godzina rozpoczęcia pracy w dniu wypadku

08.00

Planowana godzina zakończenia pracy w dniu wypadku

16.00

4. Rodzaj doznanych urazów

ZŁAMANIE 4 KOŚCI ŚRÓDRĘCZA Z PRZEMIESZCZENIEM

5. Szczegółowy opis okoliczności, miejsca i przyczyn wypadku

Poszkodowana w dniu wypadku po weryfikacji i przyjęciu oraz wydaniu do realizacji zamówień na dany dzień około godziny 14.00 udała się na halę produkcji sprawdzić gotowe wyroby ich ilość i jakość oraz zweryfikować stan magazynu aby podjąć decyzję co do dalszej produkcji. Biuro w którym znajduje się stanowisko pracy poszkodowanej znajduje się na piętrze budynku. Aby udać się na halę produkcyjną należy zejść po schodach. Poszkodowana schodząc szybkim krokiem, w pewnym momencie na skutek pośpiechu pominęła ostatni stopień schodów w wyniku czego straciła równowagę i upadła na twarde podłoże. Ratując się poszkodowana odruchowo podparła się rękoma. Poszkodowana poczuła ból w prawej dłoni, myśląc że utrzymujący się ból to chwilowy efekt uderzenia udała się na halę produkcyjną kontynuując pracę. Po powrocie do biura ból był ciągle odczuwalny, poszkodowana poinformowała współpracownicę i jednocześnie współpracę o zaistniałym zdarzeniu. Po zakończonej pracy poszkodowana udała się do domu, z myślą iż ból minie zastosował zimne okłady. W godzinach wieczornych ból w dalszym ciągu utrzymywał się, pojawił się obrzęk, poszkodowana podjęła decyzję o udaniu się na Izbę Przyjęć do Szpitala w celu konsultacji lekarskiej.

Podaj szczegółowy opis okoliczności, miejsca i przyczyn wypadku

6. Czy była udzielona pierwsza pomoc medyczna:

☒ TAK

ZAKŁAD UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH

Wpłynęło	2025 -09- 30	L. 2.01
<input type="checkbox"/>	NIE	

Nr Rej. (2)

SZPITAL

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 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 środków trwałych:

☐ TAK ☐ NIE

EWYP

Dane świadków wypadku

Świadek wypadku – 1

Imię	<input type="text"/>
Nazwisko	<input type="text"/>
Ulica	<input type="text"/>
Numer domu	<input type="text"/>
Kod pocztowy	<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"/>	Wpłynęło	2025-09-30
		Miejscowość	<input type="text"/>
Nazwa państwa	<input type="text"/>		
		Nr Rej.	<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 ratunkowego wraz z wywiadem
- ☐ kserokopia postanowienia prokuratury o wszczęciu postępowania karnego lub zawieszeniu/ umorzeniu postępowania
- ☐ kserokopia statystycznej karty zgonu lub zaświadczenia 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:

CEIRG

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

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 wskazany we wniosku

☐ na moim koncie na Platformie Usług Elektronicznych (PUE ZUS)

Oświadczam, że dane zawarte w zawiadomieniu podaję zgodnie z prawdą, co potwierdzam złożonym podpisem.

Data

dd	/	mm	/	rrrr			

 2025-09-30

Tożsamość ustalono na podstawie dokumentu tożsamości
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 centrach lub terenowych jednostkach organizacyjnych ZUS oraz na stronie internetowej ZUS pod adresem: <https://bip.zus.pl/rodo>