

## ZAWIADOMIENIE O WYPADKU

**Instrukcja wypełniania**

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

- prowadzi pozarolniczą działalność gospodarczą,
- współpracuje przy prowadzeniu pozarolniczej działalności,
- wykonuje pracę na podstawie umowy usługiwniącej (jako nianna).

Ustalimy wówczas okoliczności i przyczyny wypadku.

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

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

**Dane osoby poszkodowanej**

## PESEL

Rodzaj, seria i numer dokumentu  
potwierdzającego tożsamość

Jeśli nie ma numeru PESEL, podaj serię i numer innego dokumentu

## Imię

## Nazwisko

## Data urodzenia

dd / mm / rrrr

Płeć  (K – kobieta/ M – mężczyzna)

## Miejsce urodzenia

**Adres zamieszkania**

## Ulica

## Numer domu

## Numer lokalu

## Kod pocztowy

## Miejscowość

## Gmina/ dzielnica

## Nazwa państwa

Podaj, jeśli adres jest inny niż polski

**Adres do korespondencji**

Podaj, jeśli adres do korespondencji jest inny niż adres zamieszkania

## Ulica

## Numer domu

## Numer lokalu

## Kod pocztowy

## Miejscowość

## Gmina/ dzielnica

## Nazwa państwa

Podaj, jeśli adres jest inny niż polski

**Adres miejsca prowadzenia pozarolniczej działalności**

Podaj, jeśli poszkodowany prowadzi albo współpracuje z powodzeniem pozarolniczej działalności

Ulica	<input type="text"/>		
Numer domu	<input type="text"/>	Numer lokalu	<input type="text"/>
Kod pocztowy	<input type="text"/>	Miejscowość	<input type="text"/>
Gmina/ dzielnica	<input type="text"/>		
Numer telefonu	<input type="text"/>		

Podaj numer telefonu – to ułatwi nam kontakt w tej sprawie

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

Podaj, jeśli poszkodowany wykonywała pracę na podstawie umowy uaktywniającej (jako niania)

Ulica	<input type="text"/>		
Numer domu	<input type="text"/>	Numer lokalu	<input type="text"/>
Kod pocztowy	<input type="text"/>	Miejscowość	<input type="text"/>
Gmina/ dzielnica	<input type="text"/>		
Numer telefonu	<input type="text"/>		

Podaj numer telefonu – to ułatwi nam kontakt w tej sprawie

**Dane osoby, która zawiadamia o wypadku**

Wypełnij jeśli jesteś inną osobą niż poszkodowany

PESEL	<input type="text"/>	
Rodzaj, seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość	<input type="text"/>	
Jeśli nie masz numeru PESEL, podaj serię i numer innego dokumentu		
Imię	<input type="text"/>	
Nazwisko	<input type="text"/>	
Data urodzenia	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> <span style="float: right;">Płeć <input type="checkbox"/></span>	
dd	mm	rrr
Numer telefonu	<input type="text"/>	

Podaj numer telefonu – to ułatwi nam kontakt w tej sprawie

**Adres zamieszkania**

Wypełnij jeśli jesteś inną osobą niż poszkodowany

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

Podaj, jeśli Twój adres jest inny niż polski

**Adres do korespondencji**

Podaj, jeśli adres do korespondencji jest inny niż adres zamieszkania  
Wypełnij jeśli jesteś inną osobą niż poszkodowany

Ulica		
Numer domu		Numer lokalu
Kod pocztowy		
Gmina/ dzielnica		
Nazwa państwa		

Podaj, jeśli Twój adres jest inny niż polski

**Informacja o wypadku**

1. Data wypadku	<b>12/10/2024</b>	Godzina wypadku	<b>10:00</b>
dd / mm / yyyy			
2. Miejsce wypadku			
3. Planowana godzina rozpoczęcia pracy w dniu wypadku	<b>7:00</b>	Planowana godzina zakończenia pracy w dniu wypadku	<b>12:00</b>
4. Rodzaj doznanych urazów	<b>ZŁAMANIE KOŚCI PIĘTOWEJ</b>		

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

BLOKADA W DRADINIE WYSKOŁYTA ZE SVOJEGO  
MIEJSCA, DRADINA SIĘ ZŁOŻYŁA, W ZWIĄZKU  
Z CZYM SPADŁEM Z WYSOKOŚCI OK 1,2 M - 1,5 M.  
UDERZYSZEM LEWA ŻŁĘDĄ PIĘTĄ W NAJNIZSZY  
SZCZEDEŁ DRABINY

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**

[Empty box for answer]

Podaj nazwę i adres organu, który prowadził postępowanie w sprawie wypadku (Police, Prokuratura, Inne)

**8. Czy wypadek powstał podczas obsługi maszyn, urządzeń:** TAK       NIE

[Empty box for answer]

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**Dane świadków wypadku****Świadek wypadku – 1**

Imię \_\_\_\_\_

Nazwisko \_\_\_\_\_

Ulica \_\_\_\_\_

Numer domu \_\_\_\_\_ Numer lokalu \_\_\_\_\_

Kod pocztowy \_\_\_\_\_ Miejscowość \_\_\_\_\_

Nazwa państwa \_\_\_\_\_

Podaj, jeśli adres świadka jest inny niż polski

**Świadek wypadku – 2**

Imię \_\_\_\_\_

Nazwisko \_\_\_\_\_

Ulica \_\_\_\_\_

Numer domu \_\_\_\_\_ Numer lokalu \_\_\_\_\_

Kod pocztowy \_\_\_\_\_ Miejscowość \_\_\_\_\_

Nazwa państwa \_\_\_\_\_

Podaj, jeśli adres świadka jest inny niż polski

## Świadek wypadku – 3

Imię		
Nazwisko		
Ulica		
Numer domu		Numer lokalu
Kod poczty		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 postępowania karnego lub zawieszeniu/ umorzeniu postępowania
- kserokopia statystycznej 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, nota do policji, karta mandatu karnego, itp.

Do  z obowiązkiem dostarczyć następujące dokumenty  
 dd / mm / rr

1.
2.
3.
4.
5.

## Sposób odbioru odpowiedzi

- w placówce ZUS (osobiście lub przez osobę upoważnioną)  pocztą na adres do korespondencji wskazany we wniosku  na moim koncie na Platformie Usług Elektronicznych (PUE ZUS)

Świadomy odpowiedzialności karnej za składanie nieprawdziwych zeznań, oświadczam, że dane zawarte w zaświadczenie podałem zgodnie z prawdą, co potwierdzam złożonym podpisem.

Data

04 03 2025  
dd / mm / rr

Czytelny podpis

