

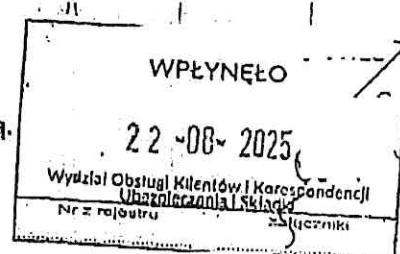
Zawiadomienie o wypadku**Instrukcja wypełniania**

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,
 - współpracuje przy prowadzeniu pozarolniczej działalności,
 - wykonuje pracę na podstawie umowy uaktywniającej (jako niania).
- Ustalmy 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 niebleskim (nie ołówkiem)

**Dane osoby poszkodowanej**

PESEL	<input type="text"/>
Rodzaj, seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość	<input type="text"/>
Imię	<input type="text"/>
Nazwisko	<input type="text"/>
Data urodzenia	dd / mm / rrrr
Miejsce urodzenia	<input type="text"/>
Numer telefonu	<input type="text"/>
<small>Jeśli podasz te informacje, ułatwi nam to kontakt w Twojej sprawie. To pole jest dobrowolne</small>	

Adres zamieszkania osoby poszkodowanej

Ulica	<input type="text"/>		
Numer domu	<input type="text"/>	Numer lokalu	<input type="text"/>
Kod pocztowy	<input type="text"/>	Miejscowość	<input type="text"/>
<small>Nazwa państwa</small> <small>Podaj, jeśli adres jest inny niż polski</small>			

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	<input type="text"/>		
Numer domu	<input type="text"/>	Numery lokalu	<input type="text"/>
Kod pocztowy	<input type="text"/>	Miejscowość	<input type="text"/>

Adres do korespondencji osoby poszkodowanej

Podaj, jeśli adres do korespondencji jest inny niż adres zamieszkania / adres ostatniego miejsca zamieszkania w Polsce / adres miejsca pobytu

<input type="checkbox"/> adres	<input type="checkbox"/> poste restante	<input type="checkbox"/> skrytka pocztowa	<input type="checkbox"/> 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	<input type="text"/>	
Numer domu	<input type="text"/>	Numer lokalu <input type="text"/>
Kod pocztowy	<input type="text"/>	
Nazwa państwa	<input type="text"/>	

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	<input type="text"/>	
Numer domu	<input type="text"/>	Numer lokalu <input type="text"/>
Kod pocztowy	<input type="text"/>	
Numer telefonu	<input type="text"/>	

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	<input type="text"/>	
Numer domu	<input type="text"/>	Numer lokalu <input type="text"/>
Kod pocztowy	<input type="text"/>	
Numer telefonu	<input type="text"/>	

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, ułatw 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 poczty

Miejscowość

Nazwa państwa

Podaj, jeśli Twój adres jest inny niż polski

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 poczty

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

skrytkę pocztową

przegródkę pocztową

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 poczty wpisz kod pocztowy placówki oraz w polu Miejscowość wpisz nazwę placówki pocztowej.

Ulica

Numer domu

Numer lokalu

Kod poczty

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

AMPUTACJA PALCA IV PRAWEJ RĘKI

5. Szczegółowy opis okoliczności, miejsca i przyczyn wypadku

PO ZAŁADOWANIU TOWARU W MIEJSCU KOPALNIA
ŁADUNEK I ZAPINATEM PLANDEŁE W WYWROTCĘ. NIALEM ZABOŻNE MATERIAŁOWE
RĘKAWICZKI. PO WYKONANIU TEJ CZYNNOŚCI WŁÓCZIŁEM DO KABINY PO ZMIOTKĘ
ŻEBY WYCZYŚCIĆ ELEMENTY TYLNEJ KLAPY Z PIASKU. ŻEBY NIE SPADAŁ SIĘ
PIASZEK PODCZAS JAZDY NA INNYCH UCZESTNIKÓW RUCHU. ZABOŻIĘTEM
DO TEJ CZYNNOŚCI LATEKSOWE RĘKAWICZKI. PO WYCZYŚCZENIU TYLNEJ KLAPY
SCHODZĄC PO DRABINCE Z WYWROTKI, NIE TRAFIŁEM NOGĄ NA STOPIEN.
ZAHACZYŁEM OBRĄCZKA IV PALCA PRAWEJ RĘKI O HACZYK DO ZAPINANIA
PLANDEKI, SPADŁEM Z WYWROTKI A ZAHACZONA OBRĄCZKA AMPUTOWAŁA MI
PALC, KTÓRY ZOSTAŁ NA TYLNEJ KLAPIE. NA MIEJSCE WEZWĄTEM POGOTOWIE I
POLICJĘ I PO INFORMOWANIEM PRACODAWCĘ DLA KTÓREGO WYWYKWAŁEM USIĘC.

Podaj szczegółowy opis okoliczności, miejsca i przyczyn wypadku

6. Czy była udzielona pierwsza pomoc medyczna:

TAK NIE

NOWY SZPITAL W

Jeśli TAK, podaj nazwę i adres placówki służby zdrowia

7. Organ, który prowadził postępowanie w sprawie wypadku

POLICJA

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

8. Czy wypadek powstał podczas obsługi maszyn, urządzeń:

TAK NIE

WYWROTKA MERCEDES-
PÓW 3,5t, NUMERY REJESTRACYJNE 11-120-22, POJAZD CIĘZAROWY
UŻYTKOWANY ZGODNIE Z ZASADAMI PRODUCENTA, TRANSPORT PIASKU
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 - WYWROTKA

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

TAK NIE

Dane świadków wypadku**Świadek wypadku – 1**

PRZYJECHĄĆ PO WYPADKU
Zanim przyjechały strażki
ratunkowe, natomiast
samego wypadku nie
widział.

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

Podaż, 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"/>	Nummer lokalu <input type="text"/>
Kod poczty	<input type="text"/>	Miejscowość <input type="text"/>
Nazwa państwa	<input type="text"/>	

Podaż, 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"/>	Nummer lokalu <input type="text"/>
Kod poczty	<input type="text"/>	Miejscowość <input type="text"/>
Nazwa państwa	<input type="text"/>	

Podaż, jeśli adres świadka jest inny niż polski

Załączniki

- kserokopia karty informacyjnej ze szpitalem/ zaświadczenie o udzieleniu pierwszej pomocy z pogotowia ratunkowego wraz z wyvladem
- kserokopia posłanowienia 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:

UMOWA NA WYKONYWANĄ USŁUGĘ, FAKTURA ZA USŁUGĘ

Podaż jakie, np. dokumenty dotyczące udzielonej pomocy medycznej, umowa na wykonywaną usługę, faktura, rachunek, notała z policji, ksero mandatu kiernego itp.

Do

--	--	--	--	--	--

 z obowiązkiem 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 zaświadczenie podaje zgodnie z prawdą, co potwierdzam złożonym podpisem.

Data

22 08 2025

dd / mm / yyyy

Czytelny podpis

tożsamość ustalono 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 Internetowej ZUS pod adresem: <https://bip.zus.pl/rodo>