

## 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 nienazwanej) wówczas okoliczności i przyczyny wypadku.

Zanim wypełnisz formularz, zapoznaj się z dołączoną do niego

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

## Dane osoby poszkodowanej

PESEL

Rodzaj, seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość

DOKÓD OSOBISTY NR

Imię

Nazwisko

Data urodzenia

dd / mm / rr

Miejsce urodzenia

Nr telefonu

Jeśli podasz nam tą informację, ułatwi nam to kontakt w Twojej sprawie.  
To pole jest dobrowolne.

## Adres zamieszkania osoby poszkodowanej

Ulica

2025 -04- 04

(13) Numer domu

Numer lokalu

Wydział Świadectwa i Emerytalno-Rentowego Kod pocztowy

Miejscowość

Nazwa państwa

Podaż, jeśli adres jest inny niż polski

## Adres do korespondencji osoby poszkodowanej

Podaż, jeśli adres do korespondencji jest inny niż adres zamieszkania

W kartotekę rentowej a/ZUS

Ulica

2025 -04- 04

Numer domu

Numer lokalu

Kod pocztowy

Miejscowość

Nazwa państwa

Podaż, jeśli adres jest inny niż polski

nie figurauję / figurajem

Adres miejsca prowadzenia pozarolniczej działalności

Podaż, jeśli poszkodowany prowadzi pozarolniczą dzia-

Ulica

Numer domu

Numer lokalu

Kod poczowy

Miejscowość

Numer telefonu

Jeśli podasz nam tę informację, ułatwi nam to kontakt w Twojej sprawie.  
To pole jest dobrowolne

Adres sprawowania opieki nad dzieckiem w wieku do lat 3

Podaż, jeśli poszkodowany wykonuje pracę na podstawie umowy uaktywniającej (jako niania)

Ulica

Numer domu

Numer lokalu

Kod poczowy

Miejscowość

Numer telefonu

Jeśli podasz nam tę informację, ułatwia 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

Podaż, jeśli nie masz nadanego numeru PESEL

Imię

Nazwisko

Data urodzenia

 dd / mm / rr

Numer telefonu

Jeśli podasz nam tę informację, ułatwia 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 poczowy

Miejscowość

Nazwa państwa

Podaż, jeśli Twój adres jest inny niż polek

**Adres do korespondencji osoby, która zawładamia o wypadku**

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

Ulica

Numer domu

Numer lokalu

Kod poczty

Miejscowość

Nazwa państwa

Podej, jeśli Twój adres jest inny niż polski

**Informacja o wypadku**

1. Data wypadku

1 9 0 3 2 0 2 5  
dd / mm / rr

Godzina wypadku

8 45

2. Miejsce wypadku

MAGAZYN VIDEO

3. Planowana godzina rozpoczęcia pracy  
w dniu wypadku

7:00

Planowana godzina zakończenia pracy  
w dniu wypadku

10:00

4. Rodzaj doznałnych urazów

URAZ PRĄHEJ KONCZENY GÓRNEJ, BOLESNOŚĆ OBREZEK OIGUCH  
NADGARSTKA PRÁEGO Z OBRIĘKIEM PRZECIWRZECYM NA  
SKÓRZĘDĘ, BÓL, OGRANICZENIE FUNKCJI WCHODZENI  
MIĘJSC KONCZENY GÓRNEJ

5. Szczegółowy opis okoliczności, miejsca i przyczyn wypadku

ZDĄŻENIE MIĘSCE MOCUS WŁADZENIA PRĄHEJ ZŁODOWEJ, WewnATRZ BUDYNKU,  
W MAGAZYNIE, PO PRZYGOTOWANIU TERENU BUDOWY, SPROWADZENIU W RZĄDZENIU W TYM BUDYNKU  
STABILNOŚI I SPRAWNOŚCI DŁOINY OBRAZ PRZYGOTOWANIU MATERIAŁÓW I NARĘDZI BUDOWLANY  
PRZYSTĄPIEĆ DO WŁADZENIA BUDNIĄ - SZTUCZKOWANIE.PODCAST WŁADZENIA NA DRĄŻNĘ KONCZENĄ, BÓDZCZ SZEGRÓWANYM, PRZODEM DO  
NIEJ, NA DRUGIM SZCZĘŚLIU DŁOINY ZŁĘŻNIONĘTA MI SIĘ NODA, CO ZOSTAŁO  
UTRATĘ STABILNOŚCI I RÓWNOWAGI W WŁAŚCIWIE WEDŁUG UPŁATEM NA PRĄHĘ STÓŁNE  
CIAŁA, OIGUCHIE NA REKE - UPADEK NA ZWŁASZCZA STRONNE PODŁOGĘ.  
PO WŁADZENIU ODRUWAŁTEM DUJĄ BÓL W DŁOINI NADGARSTKA, IDĘCY Z CIESEM ZŁĘŻ  
PUCINĘ, BOLESNOŚĆ CWTŁEM RÓWNIEŻ W ZŁODZĘCUM OMZ MIESZM WŁADZENIE  
NUCHM

Podej. szczegółowy opis okoliczności, miejsca i przyczyn wypadku

8. Czy była udzielana pierwsza pomoc medyczna:



TAK



NIE

BIPITALNY ODDZIAŁ RATUNKOWY  
HOJĘDZIĘKI SPITAL NIEWSPARCJAUSTYCZNY

Jeśli TAK, podaj nazwę i adres placówki służby zdrowia

## 7. Organ, który prowadził postępowanie w sprawie wypadku

BRAK

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

8. Czy wypadek powstał podczas obsługi maszyn, urządzeń:

 TAK       NIE

URZĄDZENIE BYŁO SPRAWNE, UŻYTKOWANE ZGODNIE Z ZASADAMI PRODUCENTA, SPRAWNE PODKŁADKI, MOCOWANIA, SZCZERBY, SPRAWDZONE BY JEST WOLNE OD ZARĘCZYSZEŃ, W URZĄDZENIU KONTAKTATA JEDNA OSOBA, W CHODZENIU DOBYWAŁO SIĘ PRZODEM DO DRAGINY W OBUWIU I OBUWIU OCHRONNEJ  
OBUDINA USTANOWIONA BYŁA POD ODPONIEDNIM KĄTEM, BY ZAPOBIEC PRZED PRZEPÓDNIEM

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

9. Czy maszyna, urządzenie posiada aktat/ 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

Podaż, jeśli adres świadka jest inny niż polski

## Świadek wypadku - 2

Imię

Nazwisko

Ulica

Numer domu

Numer lokalu

Kod pocztowy

Miejscowość

Nazwa państwa

Podaż, jeśli adres świadka jest inny niż polski

Świadek wypadku - 3

Imię				
Nazwisko				
Ulica				
Numér domu		Numér lokalu		
Kod poczowy			Miejscowość	
Nazwa państwa				

Podaż, jeśli adres świadka jest inny niż polski

Załączniki

- Kserokopia karty informacyjnej ze zgłoszeniem zaświadczenie o udzieleniu pierwszej pomocy z pogotowia ratunkowego wraz z wywiadem
- Kserokopia postanowienia prokuratury o wszczęciu postępowania karnego lub zawieszenia umorzenia postępowania
- Kserokopia lekarskiej 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:

FAKTURA

Podaż jakaś, np. dokumenty dotyczące udzielonej pomocy medycznej, umowa na wykonanie usług, faktura, rachunek, notatka z policji, 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 do korespondencji wskazany we wniosku  na momencie koncile na Platformie Usług Elektronicznych (PUE ZUS)

Oświadczam, że dane zawarte w zaświadczenie podaje zgodnie z prawdą, co potwierdzam złożonym podpisem.

Data 

0	1	0	4	2	0	2	5
---	---	---	---	---	---	---	---

  
dd / mm / rr

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://blp.zus.pl/rodo>