



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		
W P Ł Y N Ę Ł O		
Nr 7	14. 04. 2025	1 + 01
L. ZN.		

Dane osoby poszkodowanej

PESEL []
Rodzaj, seria i numer dokumentu
potwierdzającego tożsamość []
Imię []
Nazwisko []
Data urodzenia []
Miejsce urodzenia []
Numer telefonu []

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

Adres zamieszkania osoby poszkodowanej

Ulica []
Numer domu []
Kod pocztowy []
Nazwa państwa []

Numer lokalu []
Miejscowość []

Podaj, jeśli adres jest inny niż polski

Adres do korespondencji osoby poszkodowanej

Podaj, jeśli adres do korespondencji jest inny niż adres zamieszkania

00000 Ulica []
Poleca/ figuruje/ nie figuruje
RENTIER Numer domu []
E2 38-
KP Kod pocztowy []
..... STARSZY INSPEKTOR
data 2025-04-15 Nazwa państwa []

Podaj, jeśli 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		Numer lokalu	
Kod pocztowy		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**

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

Ulica			
Numer domu		Numer lokalu	
Kod pocztowy		Miejscowość	
Numer telefonu			

Jeśli podasz nam 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	
Imię	
Nazwisko	
Data urodzenia	
Numer telefonu	

Jeśli podasz nam 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

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

Ulica _____

Numer domu _____ Numer lokalu _____

Kod pocztowy _____ Miejscowość _____

Nazwa państwa _____

Podaj, jeśli Twój adres jest inny niż polski

Informacja o wypadku

1. Data wypadku

05.02.2025
dd / mm / rrrr

Godzina wypadku

15⁰⁰

2. Miejsce wypadku _____

3. Planowana godzina rozpoczęcia pracy w dniu wypadku

8⁰⁰

Planowana godzina zakończenia pracy w dniu wypadku

16⁰⁰

4. Rodzaj doznanych urazów

S 93.4 Skrzywienie i naderwanie stawu skokowego

5. Szczegółowy opis okoliczności, miejsca i przyczyn wypadku

Diecielnia gospodarcza, której przedmiotem jest wykonywanie pozaszkolnych form edukacji w zakresie BHP. Diecielnia gospodarcza prowadzi od 01.04.2017r.

Moja praca polega na pełnieniu obowiązków służb BHP, dozorze pracowników, kontroli oraz wykonywaniu pracy biurowej. W dniu 05.02.2025r. praca rozpoczęła się podz. 8⁰⁰ na budowie rusco mosiurki w ramach projektu "Budowa ośrodka pracy i wykonywania czynności takich jak sprzątanie nauczycieli BHP oraz 'budowa ośrodka pracy' około godz. 15⁰⁰ przechodząc z terenu budowy na zlecenie kontenerów staniem ubitości mi butami na ruchomej klatce chemicznej w wyniku czego poślizgnięcia mi się prawa noga co skutkowało ugięciem stopy do wewnętrznej, poczem ustąpił mi ból w nodze. Po zakończeniu pracy udałem się do domu, zażyłem środki przeciwbólowe i posmarowałem stopę masłem na kontuzję. Na drugi dzień ból uciążliwie chodził, pojawił się krwiak w okolicy kostki, dlatego udałem się na SOR w celu udzielenia fachowej pomocy medycznej.

Podaj szczegółowy opis okoliczności, miejsca i przyczyn wypadku

6. Czy była udzielona pierwsza pomoc medyczna:



TAK



NIE

Województwo: Jędrzej Specjalistyczną opiekę zdrowotną

As

Jeśli TAK, podaj nazwę i adres placówki służby zdrowia

7. Organ, który prowadził postępowanie w sprawie wypadku

Bisz

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

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 pocztowy Miejscowość

Nazwa państwa

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 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:

FV za Świadczenie usł. BHP

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. Historia zdrowia i choroby pacjenta

2. FV za Świadczenie usł. BHP

3. Zapis wyjaśnień poszkodowanego

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 moim koncie na Platformie Usług Elektronicznych (PUE ZUS)

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

Data

0	8	0	4	2	0	2	5
---	---	---	---	---	---	---	---

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>