



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 nianna).

Ustalimy wówczas okoliczności i przyczyny wypadku.

SPECJALISTA

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)

Wypis do 1.04.2023	Lata
Nr skrzynki	(22)(22)

Dane osoby poszkodowanej

PESEL

Rodzaj, seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość

Imię

Nazwisko

Data urodzenia

dd / mm / rrrr

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

Numer lokalu

Kod pocztowy

Miejscowość

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 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 pocztowy

Miejscowość

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"/>	Miejscowość <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"/>	Miejscowość <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"/>	Miejscowość <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	<input type="text"/>	
Rodzaj, seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość	<input type="text"/>	
Podaj, jeśli nie masz nadanego numeru PESEL		
Imię	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Nazwisko	<input type="text"/>	<input type="text"/>

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

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 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 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 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

19022025
dd / mm / rrrr

Godzina wypadku

kota 16

2. Miejsce wypadku

3. Planowana godzina rozpoczęcia pracy
w dniu wypadku

11

Planowana godzina zakończenia pracy
w dniu wypadku

16

4. Rodzaj doznanych urazów

URAZ KCIUKA PRAWEJ
DŁONI

5. Szczegółowy opis okoliczności, miejsca i przyczyn wypadku

POD CZAS WYKONYWANIA PRACY ZWIĄZANEJ
Z MÓJĄ DZIAŁALNOŚĆĄ DOSZŁO DO URAZU
KCIUKA PRAWEJ DŁONI
POD CZAS PRZYGOTOWYWANIA PAZIKÓW do
DRZEWEK NA PIŁĘ TARCZOWEGĄ W WARSztATACH
MAŁYCH 10 DOSZŁO DO DOTKNIĘCIA PIŁY
TARCZOWEJ SKUTKIEM BYŁA UTRATA
CZĘŚCI KCIUKA PRAWEJ DŁONI

Podaj szczegółowy opis okoliczności, miejsca i przyczyn wypadku

6. Czy była udzielona pierwsza pomoc medyczna: TAK NIE

[REDAKTOWANE]

Jeśli TAK, podaj nazwę i adres placówki służby zdrowia

7. Organ, który prowadził postępowanie w sprawie wypadku

[REDAKTOWANE]

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

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

PIŁA TARCZOWA BYŁA I JEST SPRAWNA
UŻYTKOWANA ZGODNIE Z ZASADAMI
PRODUCENT NIE ZNANY

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:

NIE MA POTRZEBY WPISU DO EWIDENCJI SRODKÓW TRWAŁYCH
PONIĘJARZ JESTEM NA RYCZĄCIE

Dane świadków wypadku

Świadek wypadku – 1

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

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"/>	Miejscowość <input type="text"/>
Nazwa państwa	<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/ 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:

ZASŁWIADCZENIE O STANIE ZDROWIA OL-9

Podaj jakie, np. dokumenty dotyczące udzielonej pomocy medycznej, umowa na wykonywaną usługę, 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
wskazany we wniosku



na momencie na Platformie
Usług Elektronicznych (PUE ZUS)

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

Data

0	/	0	4	2	0	2	3
dd	/	mm	/	rrrr			

--

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>