

## 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, *lub implementacją*
- wykonuje pracę na podstawie umowy uaktywniającej (jako niania), *lub nowałata*

Ustalimy wówczas okoliczności i przyczyny wypadku.

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

Wypełniono 2025 -07- 24

L. zał.

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

### Dane osoby poszkodowanej

PESEL

Rodzaj, seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość

Imię

 N

Nazwisko

Data urodzenia

 29

dd / mm / mrr

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

Numer lokalu

Kod pocztowy

Miejscowość

Nazwa państwa

Podaj, jeśli adres jest inny niż polski

### Adres do korespondencji osoby poszkodowanej

Podaj, jeśli adres do korespondencji jest inny niż adres zamieszkania

Ulica

Numer domu:

Numer lokalu

Kod pocztowy

Miejscowość

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

Podaj, jeśli nie masz nadanego numeru PESEL

Imię

Nazwisko

Data urodzenia

dd / mm / rr

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

0	2	0	7	2	0	2	5
dd	/	mm	/	rrrr			

Godzina wypadku

 23:47

2. Miejsce wypadku

3. Planowana godzina rozpoczęcia pracy  
w dniu wypadku
 18:10
Planowana godzina zakończenia pracy  
w dniu wypadku
 04:00

4. Rodzaj doznanych urazów

złamanie lewego wyrostka poprzecznego kręgu L1 bez istotnego przemieszczenia odłamów kostnych

5. Szczegółowy opis okoliczności, miejsca i przyczyn wypadku

Dnia 02.07.2025 r. przystąpiłem do zleconych mi zadań o godzinie 18:10. Prowadzę działalność w zakresie usług transportu drogowego towarów. Moim zadaniem tego dnia było rozwiezienie określonej liczby posiłków cateringowych do klientów. Zlecenie odbywa się przy użyciu samochodu służbowego oraz dostarczeniu poszczególnej diety pod konkretny adres. Tego dnia przypadło mi 80 adresów. Około godz. 23:47 podczas dostarczania cateringu przy ul. C [redacted] sk, na 4 piętrze budynku mieszkalnego, po dostarczeniu przesyłki wracając do auta, na wysokości schodów parterowych, poślizgnąłem się. Upadając zasłoniłem głowę ręką, jednakże nie zdołałem uratować pleców i doszło do uderzenia o stopnie schodów. Po upadku odczekałem kilkanaście minut, ale pomimo upływu czasu nadal odczuwałem ogromny ból, dlatego pomimo trudności ruchowych dotarłem do auta i udałem się na SOR do [redacted]. Około godz. 01:22 dnia 03.07.2025 zgłosiłem się na szpitalny oddział ratunkowy, gdzie po wykonaniu TK stwierdzono złamanie lewego wyrostka poprzecznego kręgu L1 bez istotnego przemieszczenia odłamów kostnych. Zostałem wypisany z SOR tego samego dnia o godz. 02:10 wraz z zaleceniami dalszego leczenia. Tego dnia nie świadczyłem już zlecenia. Wystawiono mi zwolnienie lekarskie od 03.07.2025 do 18.07.2025 z prawdopodobieństwem kontynuacji.

Podaj szczegółowy opis okoliczności, miejsca i przyczyn wypadku

6. Czy była udzielona pierwsza pomoc medyczna:



TAK



NIE

Specjalistyczny Szpital Wojewódzki,

Jeśli TAK, podaj nazwę i adres placówki służby zdrowia

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

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	<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		
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/ 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:

ZUS ZZA/ZUA; ZUS ZLA ; WYDRUK Z CEIDG; KOPIA UMOWY O WSPÓŁPRACY; OSWIADCZENIE  
ZLECENIODAWCY; ZDJĘCIA Z MIEJSCA ZDARZENIA; WYDRUKI Z SYSTEMU - POTWIERDZENIE TRASY I DESTYNACJI  
(3 DOKUMENTY).

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. \_\_\_\_\_

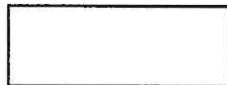
**Sposób odbioru odpowiedzi**

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

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

Data 

1	4	0	7	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>