



ZAKĘD
UBEZPIECZEŃ
SPOŁECZNYCH

WYD
2025-07-13

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 przyczyny wypadku.

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

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

Dane osoby poszkodowanej

PESEL
Rodzaj, seria, numer dokumentu potwierdzającego tożsamość

Imię:

Nazwisko:

Data urodzenia:

Miejsce urodzenia:

(Numer telefonu)

Województwo:	Województwo:
Powiat:	Powiat:
Gmina:	Gmina:
Osiedle:	Osiedle:
Ulica:	Ulica:
Numer domu:	Numer domu:
Kod pocztowy:	Kod pocztowy:
Miejscowość:	

Adres zamieszkania osoby poszkodowanej

Ulica:

Numer domu:

Kod pocztowy:

Nazwa państwa:

Podaż, jeśli adres jest inny niż polski:

Adres ostatniego miejsca zamieszkania w Polsce / adres miejsca pobytu

Podaż 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:

EWYP

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

adres

postęrestante

skrytką pocztową

przegrodką pocztową

Jeśli jako sposób korespondencji wybierzesz:
- postęrestante, podaj jedynie kod pocztowy placówki pocztowej oraz w polu Miejscowość wpisz nazwę tej placówki.
- skrytkę pocztową / przegrodkę pocztową w polu Numer domu wpisz numer skrytki/przegrodki, 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 polek!

Adres miejsca prowadzenia poza rolniczej działalności:
Podaj, jeśli poszkodowany prowadzi poza rolniczą działalność albo współpracuje przy prowadzeniu takiej działalności:

Ulica:

Numer domu:

Kod pocztowy:

Numer telefonu:

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 wykonywał pracę na podstawie umowy dającej mu pracę (jako nianię)

Ulica:

Numer domu:

Numer lokalu:

Kod pocztowy:

Miejscowość:

Numer telefonu:

Jeśli podasz 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:

Podaj, jeśli nie masz nadanego numeru PESEL:

Imię:

Nazwisko:

Data urodzenia:

dd	/	mm	/	rrrr
----	---	----	---	------

Numer telefonu:

Jeśli podasz tą informację, ułatwimy nam kontakt w Twojej sprawie.
To położe 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:

Podaż, 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 mieszkając w Polsce. Jeśli nie masz adresu zamieszkania, podaj adres miejsca pobytu (jeśli 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. Twój adres do korespondencji, jeśli inny niż adres zamieszkania / adres ostatniego miejsca zamieszkania w Polsce / adres miejsca pobytu

 adres posłanie ręczne skrytką pocztową przegródka pocztowa

Jeśli jako sposób korespondencji wybierzesz:
 posłanie ręczne, 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:

Podaż, jeśli Twój adres jest inny niż polski

Informacja o wypadku:

1. Data wypadku:

29.03.2015
 dd / mm / rr

Godzina wypadku:

10:00
 hh:mm

2. Miejsce wypadku:

[]

3. Planowana godzina rozpoczęcia pracy w dniu wypadku:

10:00

Planowana godzina zakończenia pracy w dniu wypadku:

11:00

EWYP

- #### 4. Rodzaj doznańnych urazów

IWYŁEW KRWOTOCZNY

- ##### 5. Szczegółowy opis okoliczności i miejsca i przyczyn wypadku.

Podaj szczegółowy opis okoliczności miejsca i przyczyn wypadku

- 6 Czy była udzielona pierwsza pomoc medyczna?

1

TAK

:NIE

TAK podał nazwę i adres placówki służby zdrowia

7. Organ, który prowadzi postępowanie w sprawie wypadku:

Wskazanie jednego z podanych na odczepowanie w sprawie wypadku (np. policja, prokuratura)

- Wojewódzki Urząd Statystyczny w Szczecinie

1

TAK

NIE

Jestem TAK, podał czy maszyna/ urządzenie były sprawne i użytkowane zgodnie z zasadami producenta i w jakim sposobie.

- q Czy maszyna urządzona posiada atest/deklarację zgodności:

18

TAK

21

12. Główne wydatki zostały wpisane do ewidencji środków trwałych:

1

1

Dane świadków wypadku**Świadek wypadku - 1**

Imię:

Nazwisko:

Ulica:

Numer domu:

Kod pocztowy:

Nazwa państwa:

Świadek wypadku - 2

Imię:

Nazwisko:

Ulica:

Numer domu:

Kod pocztowy:

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/ zaświadczenie o udzieleniu pierwszej pomocy z pogołowania ratunkowego wraz z wywiadem



Kserokopia poświadczonienia prokuratora o wszczęciu postępowania karnego lub założeniu umorzenia postępowania



Kserokopia dokumentacyjnej karty zgonu lub zaświadczenie lekarskie (wierdzące przyznanie zgonu) skrócony odpis aktu zgonu (w przypadku wypadku za skutkiem śmiertelnym)

EWYP

dokumenty potwierdzające prawo do wydania karty wypadku osobie innego niż poszkodowany (m.in. skrócony odpis aktu urodzenia, skrócony odpis aktu małżeństwa, pełnomocnictwo)

inne dokumenty:

Podać, jakie, np.: dokumenty dotyczące udzielonej pomocy medycznej, umowa na wykonywaną usługę, faktura, rachunek, notatka z policji, ksero mandatu karmego itp.

Do: dd / mm / rrcc zobowiązuję się dostarczyć następujące dokumenty:

1.
2.
3.
4.
5.
6.
7.
8.

Sposób odbioru odpowiedzi:

w placówce ZUS (osobiście lub
przez osobę upoważnioną)



poczta na adres
wskażany w wniosku:



naholm/koncie na Platformie
Usług Elektronicznych (PUE-ZUS)

Oświadczam, że dane zawarte w załączonym ustawodawcze zgódnie z prawdą co potwierdzam złożonym podpisem.

Data:

31.07.2015

dd / mm / rrcc

Czytany poprawnie

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: <http://bp.zus.pl/rodo>