



ZAKŁAD  
UDEZPŁCZEŃ  
SPOŁECZNYCH

WYDZIAŁ  
ZEWYP

Zawiadomienie o wypadku

WYPADKI

Instrukcja wypełniania

Wypełnij ten formularz i przekaz go do nas, jeśli wypadkowi przy pracy wypadek w drodze do pracy lub z pracy  
Miejsce osoba, która:

- prowadzi pożarolniczą działalność,
- wypoślądała przy prowadzeniu pożarolniczej działalności,
- wykonywała pracę na podstawie umowy uchybiwającej (także nienalej).

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 UDEZPŁCZEŃ SPOŁECZNYCH

Wypadek 2015-03-02 12:00:00

Dane osoby poszkodowanej

PESEL

Rodzaj, seria i numer dokumentu  
potwierdzającego losowanie

Imię

Nazwisko

Data urodzenia

Miejsce urodzenia

Numer telefonu

To pole jest obowiązkowe, nie może być puste. W Twoim opinię.

Adres zamieszkania osoby poszkodowanej

Ulica

Numer domu

Kod pocztowy

Nazwa miejscowości

Adres ostatniego miejsca zamieszkania w Polsce / adres miejsca pobytu

Podaj adres ostatniego miejsca zamieszkania w Polsce, jeśli osoba mieszka za granicą, ale miejscowości w Polsce. Jeśli nie ma adresu zamieszkania, podaj adres miejsca pobytu lub adres ostatniego miejsca zamieszkania w Polsce

Ulica

Numer domu

Kod pocztowy

# 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       posta restante       skrytki pocztowe       przegródkowa pocztowa

Jedź jako sposób korespondencji wybierz:

- Posta restante, podaj jedynka kod pocztowej 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.

2015-09-02	Numer lokalu
Województwo	Miejscowość
Kod pocztowy	
Nazwa placówki	
Przegródka	
Podaj, jeśli Twój adres jest inny niż poza	

## Adres mówca/prowadzenia pożaru/niebezpiecznej działalności

Podaj, jeśli poświadczony prowadzi pożarniczą działalność lub przoduje w organizacji i prowadzeniu takiej działalności

Ulica

Numer domu

Kod pocztowy

Numer telefonu

To pole jest dobrowolne

## Adres oprawianego opłaty nad dzieckiem w wieku de laj 3

Podaj, jeśli poświadczony wykonywa pracę na podstawie Umowy umówiącej (jaka mała)

Ulica

Numer domu       Numer lokalu

Kod pocztowy       Miejscowość

Numer telefonu

To pole podaje te informacje, które nam to mówią w Twojej sprawie.

To pole jest dobrowolne

## Dane osoby, która zawiedamia o wypadku

Wypełnij, jeśli jesteś inną osobą niż poszkodowany

PESEL

Rodzaj, seria i numer dokumentu potwierdzającego lojalność

L

Podaż, jeśli nie masz nadanego numeru PESEL

imię

Nazwisko

# EWYP

3

Data urodzenia:  dd /  mm /  yyyyNumer telefonu:   
Jeśli podane tg. informacji, Ustalim kontakty w Trzeciej sprawie.

To pole jest obowiązkowe.

## Adres zamieszkania osoby, która zawiadamia o wypadku

Wypełnij, jeśli jesteś tą osobą nikt pośredniczący

Ulica: Numer domu:  Numer lokalu: Kod pocztowy:  Miejscowość: Nazwa państwa:   
Pozn. Jeśli Tači adres jest innym niż polskiAdres ostatniego miejsca zamieszkania w Polsce / adres miejsca pobytu osoby, która zawiadamia o wypadku  
Wypełnij, jeśli jesteś tą osobą nikt pośredniczący. Podaj adres ostatniego miejsca zamieszkania w Polsce, lub adres zamieszkania na granicy z wcześniejszą miejscowością w Polsce, jeśli nie masz adresu zamieszkania, podaj adres miejsca pobytu w kraju, w którym jesteś obecny w PolsceUlica:  numer domu:  numer lokalu:  wiek domu: Numer domu:  Numer lokalu:  wiek domu:  wiek lokalu: Kod pocztowy:  Miejscowość:  wiek lokalu: 

## Adres do korespondencji osoby, która zawiadamia o wypadku

Wypełnij, jeśli jesteś tą osobą nikt pośredniczący. Tači adres do korespondencji jest inny niż adres zamieszkania / adres ostatniego miejsca zamieszkania w Polsce / adres miejsca pobytu

 adres     posta restana     skrytkę pocztową     przepiórkę pocztową

Jeśli jako spódki koni punktacji wykłócisz:

- posta restana, podaj jedyną kod pocztowy placówki pocztowej oraz w polu Miejscowość wpisz nazwę tej placówki,
- skrytkę pocztową / przepiórkę pocztową, w polu Numer domu wpisz numer skrytki/przepiórki, 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:   
Pozn. Jeśli Tači adres jest inny niż polski

## Informacje o wypadku

Początek:

1. Data wypadku:  18.07.2025  
dd / mm / yyyyCzas trwania wypadku:  9:30

## 2. Miejsce wypadku

3. Planowana godzina rozpoczęcia pracy w dniu wypadku:  6:00  
Planowana godzina zakończenia pracy w dniu wypadku:  14:00

EWYP

4. Rodzaj oznaczonych urządów:  
Narzędzia kolańskie terenowe,  
także lemej/  
Drukarnia w pionu

ZAKŁAD	NIE OKAZYWAŁ
Wymiarów	2025-03-07

5. Szczegółowy opis okoliczności, miejsca i przyczyn wypadku

Prowincja, dziedziniec gospodarczy, śmieciarka z uszkodzeniem budowlanym, ponadto auto ciężarowe, którym prowadził mechanik na plac budowy, dnia 18.07.2015 roku około godz. 08:00 NIE meduzy firmy med uległy po maszynie do śmieciarki. Czynnikiem opałowym był bunt auta ciężarowego IVECO jest pusty, a pozostałe elementy cieplnego niezauważono przed pożarem. Wszystko na śmieciarki auto (ponadto, grama, metali, /剩餘物) na śmieciarki auto (ponadto, grama, metali, /剩餘物) ponadając do końca zakończenia i metali skierując pożarom. Pożar zakończył się pożarem maszyny i upadkiem jej na drabinę, na której był mechanik. Maszyna i upadkiem maszyny, uległa uderzeniu o dach budynku, w którym znajdują się siedziby komercyjne i zamieszkały do Kapitała. Siedziba telefoniczna w tym budynku.

Podaj szczegółowy opis okoliczności, miejsca i przyczyn wypadku

6. Czy była udzielona pierwsza pomoc medyczna?  TAK  NIE

Kapitał Świętego  
Początku Chrześcijańskiego-Urzona m.

Jest TAK, podaj nazwę i adres placówki medycznej

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

Jest TAK, podaj, czy maszyna, urządzenie były sprawne i używane zgodnie z zaleceniami producenta i w jaki sposób

9. Czy maszyna, urządzenie posiadało zezwolenie na użytkowanie?  TAK  NIE

10. Czy maszyna, urządzenie zostało wpisane do ewidencji środków transportu?  TAK  NIE

# EWYP

## Dane świadków wypadku

### Świadek wypadku - 1

Imię			
Nazwisko			
Ulica			
Numer domu		Numer lokalu	
Kod pocztowy	Miejscowość		
Nazwa państwa			
ZAKLAD UZBRZECZENI SPÓŁCZESZY			
Podaj, jeśli adres świadka jest inny niż adres jednostki			

### Świadek wypadku - 2

Imię	Województwo	2025-03-02	L.p.
Nazwisko			
Ulica			
Numer domu		Numer lokalu	
Kod pocztowy	Miejscowość		
Nazwa państwa			
Podaj, jeśli adres świadka jest inny niż państwo			

### Świadek wypadku - 3

Imię			
Nazwisko			
Ulica			
Numer domu		Numer lokalu	
Kod pocztowy	Miejscowość		
Nazwa państwa			
Podaj, jeśli adres świadka jest inny niż państwo			

## Załączniki

- Kserokopia karty informacyjnej ze zapisem zaświadczenie o udzieleniu pieniężnej pomocy i poparcia rolnikowego wraz z wywiadem
- Kserokopia postanowienia prokuratury o wszczęcie postępowania karnego lub zawieszenia/umorzenia postępowania
- Kserokopia (statystycznej) karty zgony lub zaświadczenie lekarstwa etykietującego przyczynę zgony, skonczony odpis aktu zgony (w przypadku wypadku za okulkiem antycytrynym)

EWYP

- dokumenty potwierdzające prawa do wydania karty wypadek osoby innej niż poszkodowany (m.in. skreślony Odpis ZUS uradniczy, skreślony odpis aktu matematyki, pełnomocnictwo)
- Inne dokumenty:

*Imiona mojego syna nieznane są obecnie  
Karta informacyjna z Portalem ortopedycznym-Urazomej  
Karta informacyjna z leczenia gabinetowego  
edycja projektu oczyszcznika z drabinką*

Podaj jaka, no dokumenty dotycząca udzielonej pomocy medycznej, umowa na wykonywanie usługi, faktura, rachunek, roszka i polityka mandatu karmnego itp.

Do  zobowiązuję się dostarczyć następujące dokumenty:

dd / mm / rok ZAKLAD UZDZIELENIA ZDROWIECZNYCH

1.
2.  Napisano: 2025-09-07
3.
4.  Nr 10.
5.
6.
7.
8.

Sposób odbioru odpowiedzi

- w placówce ZUS (osobiście lub przez osobę upoważnioną)  począć na adres wskazany we wniosku  na e-mail konto na Platformie Usług Elektronicznych (PUE ZUS)

Oświadczam, że dane zawarte w zawiadomieniu podają zgodnie z prawdą, co potwierdzam złotym podpisem.

Data **28 08 2025**  
dd / mm / rok

Informacje, o których mowa w art. 13 ust. 1 i 2 Regulaminu 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/WWE (RODO), na dostępne w centrali lub terenowych jednostkach organizacyjnych ZUS oraz na stronie internetowej ZUS pod adresem: <http://zus.zespolone.com>

Główka Polityka ZUS Wz. Zm. nr 2020/04/EZ Zakład Ubezpieczeń Społecznych w Warszawie - [www.zus.pl](http://www.zus.pl)

Strona 6 z 6