



## Zawiadomienie o wypadku

### Instrukcja wypełniania

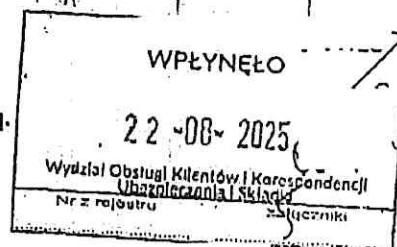
Wypełnij ten formularz i prześlij go do nas, jeśli wypadkowi przy pracy/ wypadkowi w drodze do pracy lub z pracy uległa osoba, która:

- prowadzi pozarolniczą działalność,
- współpracuje przy prowadzeniu pozarolniczej działalności,
- wykonuje pracę na podstawie umowy uaktywniającej (jako niania).

Ustalmy 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)



### Dane osoby poszkodowanej

PESEL	<input type="text"/>		
Rodzaj, seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość	<input type="text"/>		
Imię	<input type="text"/>		
Nazwisko	<input type="text"/>		
Data urodzenia	<input type="text"/>		
Miejsce urodzenia	<input type="text"/>		
Numer telefonu	<input type="text"/>		

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

### Adres zamieszkania osoby poszkodowanej

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 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	<input type="text"/>		
Numer domu	<input type="text"/>	Numer lokalu	<input type="text"/>
Kod pocztowy	<input type="text"/>	Miejscowość	<input type="text"/>

**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 ☐ poste restante ☐ skrytka pocztowa ☐ 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

Numer domu  Numer lokalu

Kod pocztowy  Miejscowość

Nazwa państwa

Podaj, jeśli Twój adres jest inny niż polski

**Adres miejsca prowadzenia pozarolniczej działalności**

Podaj, jeśli poszkodowany prowadził pozarolniczą działalność albo współpracuje przy prowadzeniu takiej działalności

Ulica

Numer domu  Numer lokalu

Kod pocztowy  Miejscowość

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 wykonuje pracę na podstawie umowy uaktywniającej (jako niania)

Ulica

Numer domu  Numer lokalu

Kod pocztowy  Miejscowość

Numer telefonu

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

Rodzaj, seria i numer dokumentu  
potwierdzającego tożsamość

Imię

Nazwisko

Podaj, jeśli nie masz nadanego numeru PESEL

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 mieszkales 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

☐

skrytka pocztowa

☐

przegrodka pocztowa

Jeśli jako sposób korespondencji wybierzesz:

- poste restante, podaj jedynie kod pocztowy placówki pocztowej oraz w polu Miejscowość wpisz nazwę tej placówki,
- skrytkę pocztową / przegrodę pocztową, w polu Numer domu wpisz numer skrytki/przegrody; 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

20082025  
dd / mm / rrrr

Godzina wypadku

10.00

2. Miejsce wypadku

3. Planowana godzina rozpoczęcia pracy w dniu wypadku

7.00

Planowana godzina zakończenia pracy w dniu wypadku

15.00

4. Rodzaj doznanych urazów

AMPUTACJA PALCA IV PRAWEJ RĘKI

5. Szczegółowy opis okoliczności, miejsca i przyczyn wypadku

PO ZAŁADOWANIU TOWARU W MIEJSCU KOPALNIA ŁADUNEK I ZAPINAŁEM PŁANDEKĘ W WYWRÓTKĘ. MIAŁEM ZABOŻONE MATERIAŁOWE RĘKAWICZKI. PO WYKONANIU TEJ CZYNNOŚCI WRÓCIŁEM DO KABINY PO ZMIOTKĘ ŻEBY WYCZYŚCIĆ ELEMENTY TYLNEJ KŁAPY Z PIASKU, ŻEBY NIE SYPAŁ SIĘ PIASEK PODCZAS JAZDY NA INNYCH UCZESTNIKACH RUCHU. ZABOŻYŁEM DO TEJ CZYNNOŚCI LATEKSOWE RĘKAWICZKI. PO WYCZYSZCZENIU TYLNEJ KŁAPY SCHODZĄC PO DRABINCE Z WYWRÓTKI, NIE TRAFIŁEM NOGĄ NA STOPIEŃ. ZAHACZYŁEM OBRACZKĄ IV PALCA PRAWEJ RĘKI O Haczyk DO ZAPINANIA PŁANDEKI, SPADŁEM Z WYWRÓTKI A ZAHACZONA OBRACZKA AMPUTOWAŁA MI PALEC, KTÓRY ZOSTAŁ NA TYLNEJ KŁAPIE. NA MIEJSCIE WEZWAŁEM DOGOTOWIE I POLICJĘ I POINFORMOWAŁEM PRACODAWCĘ DLA KTÓREGO WYKONYWAŁEM USŁUGĘ. ZOSTAŁEM PRZEWIEZIONY DO SZPITALA

Podaj szczegółowy opis okoliczności, miejsca i przyczyn wypadku

6. Czy była udzielona pierwsza pomoc medyczna:



TAK



NIE

NOWY SZPITAL W

Jeśli TAK, podaj nazwę i adres placówki służby zdrowia

7. Organ, który prowadził postępowanie w sprawie wypadku

POLICJA

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

8. Czy wypadek powstał podczas obsługi maszyn, urządzeń:



TAK



NIE

WYWRÓTKA MERCEDES-

POJAZD CIĘŻAROWY  
PÓW 3.5t, NUMERY REJESTRACYJNE, POJAZD BYŁ SPRAWNY,  
UŻYTKOWANY ZGODNIE Z ZASADAMI PRODUCENTA TRANSPORT PIASKU

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

- WYWRÓTKA

10. Czy maszyna, urządzenie zostało wpisane do ewidencji środków trwałych:



TAK



NIE

## Dane świadków wypadku

## Świadek wypadku – 1

PRZYJECHAŁ PO WYPADKU  
ZANIM PRZYJECHAŁY ŚWIEŻY  
RATUNKOWE, NATOMIAST  
SAMEGO WYPADKU NIE  
WIDZIAŁ.

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:

UMOWA NA WYKONYWANĄ USŁUGĘ, FAKTURA ZA USŁUGĘ

Podaj jakie, np. dokumenty dotyczące udzielonej pomocy medycznej, umowa na wykonywaną usługę, faktura, rachunek, notałka z policji, ksero mandatu karnego itp.

Do 

--	--	--	--	--	--	--	--

 zobowiązuję się dostarczyć następujące dokumenty:

dd / mm / rrrr

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 moim koncie na Platformie Usług Elektronicznych (PUE ZUS)

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

Data

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

dd / mm / rrrr

Czytelny podpis

tożsamość ustalono na podstawie dokumentu tożsamości

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>