



Zawiadomienie o wypadku

Instrukcja wypełniania

Wypełnij ten formularz i prześlij go do nas, jeśli wypadkowi przy pracy/ wypadkowi z pracy przyszedł ktoś z pracy

Wypełnij formularz, jeśli:

- prowadzą działalność gospodarczą,
 - wykonując pracę przy prowadzeniu działalności gospodarczej,
 - wykonując pracę na podstawie umowy o pracę (jako niania).
- Wypełnij formularz, jeśli: w czasie 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)

Wpłynęło

2025

Skierowano

Przebieg

Data osoby poszkodowanej

PESEL

Podaj serię i numer dokumentu
potwierdzającego tożsamość

Imię

Nazwisko

Data urodzenia

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 mieszkales w Polsce. Jeśli nie masz adresu zamieszkania, podaj adres miejsca pobytu lub adres ostatniego miejsca zamieszkania w Polsce

Kod pocztowy

Numer lokalu

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

☐ 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 prowadzi 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

EWYP

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

Wypadek, 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

Wypadek, jeśli jesteś inną osobą niż poszkodowany. Podaj adres ostatniego miejsca zamieszkania w Polsce, jeśli obecnie mieszkasz za granicą, ale ostatnio 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

Wypadek, 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

☐ przegródka pocztowa

Jeśli jedną z opcji 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

1	7	1	0	2	0	2	4
dd		mm		rrrr			

Godzina wypadku

 11:00

2. Miejsce wypadku

3. Planowana godz. na rozpoczęcie pracy

 07:00

Planowana godzina zakończenia pracy
w dniu wypadku

 15:00

4. Rodzaj doznanych urazów

Zwichnięcie, skręcenie i naderwanie stawów i więzadeł na poziomie stawu skokowego i stopy.

W MRI prawego zmiany chrząstke MFC zwyrodnieniowe oraz zerwanie ACL i uszkodzenie łąkotki przysródkowej.

W RTG – zmiany zwyrodnieniowe lewego stawu łokciowego i złamanie paliczka dystalnego prawego kciuka. W zaleceniach – wymaga zabiegu operacyjnego ACL.

5. Szczegółowy opis okoliczności, miejsca i przyczyn wypadku

W dniu 17-10-2024 pracowałem na budowie w firmie [redacted] i moje zadanie to wykonywanie typowych prac remontowych na halach produkcyjnych. W tym dniu moim zadaniem było nadzorowanie wykonywania prac. Około godziny 11.00 miałem sprawdzić przygotowanie podłoża pod prace nad oknami budynku tj. na wysokości ok. 2,5 m. Pracownik ustawił przy oknie rusztowanie drabinowe Drabex RD-100 i wszedłem na nie aby sprawdzić poprawność posadowienia rusztowania nad oknem. Podczas oględzin wychyliłem się na bok w lewą stronę i niestety rusztowanie również się przechyliło co spowodowało mój wypadek z tego rusztowania wraz z nim. Po upadku odczuwałem lekki ból lewego barku, biodra i kolana ale również prawa noga utraciła mi wysterunek i ból w okolicy tego rusztowania. Pracownik [redacted] pomógł mi wstać i po krótkiej rozmowie odwiózł mnie do domu. W dniu 18-10-2024 oraz weekend 19 i 20-10-2024 spędziłem w domu. W poniedziałek 21-10-2024 zdecydowałem udać się do lekarza. Lekarz po badaniu fizykalnym lewego podudzia i lewego stawu kolanowego stwierdził: S93 - Zwichnięcie, skręcenie i naderwanie stawów i więzadeł na poziomie stawu skokowego i stopy. Lekarz również wystawił skierowanie do Poradni chirurga urazowo-ortopedycznej oraz na RTG lewej nogi. Poleciał również skontaktowanie się z lekarzem rodzinnym. W dniu 24-10-2024 udałem się do lekarza rodzinnego. Tam zostało wyznaczone pierwsze zwolnienie lekarskie od 24-10-2024 do 08-11-2024. W dniu 27-11-2024 udałem się do Przychodni Ortopedycznej [redacted] i zacząłem odczuwać coraz większe bóle w okolicy podudzia z upadkiem. Tam zostało dodatkowo zlecone MRI kolana prawego oraz RTG stawów łokciowych oraz RTG ręki prawej. Po wykonaniu tych badań na wizycie w dniu 04-12-2024 lekarz stwierdził: W MRI prawego zmiany chrząstke MFC zwyrodnieniowe oraz zerwanie ACL i uszkodzenie łąkotki przysródkowej. W RTG zmiany zwyrodnieniowe lewego stawu łokciowego i złamanie paliczka dystalnego prawego kciuka. W zaleceniach – wymaga zabiegu operacyjnego ACL. Zabieg został wyznaczony na 21-02-2025 w [redacted] i w tym dniu byłam przyznana do zabiegu i został przełożony na grudzień 2025.

Podaj szczegółowy opis okoliczności, miejsca i przyczyn wypadku

6. Czy była udzielona pierwsza pomoc medyczna:

☐

TAK

☒

NIE

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

EWYP

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/ 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:

1- HISTORIA ZDROWIA I CHOROBY Z DNIA 21-10-2024
2- INFORMACJA Z PRZYCHODNI ORTOPEDYCZNEJ SPORTO Z DN. 27-11-2024
3- INFORMACJA Z PRZYCHODNI ORTOPEDYCZNEJ SPORTO Z DN. 04-12-2024
4- WYJAŚNIENIA ŚWIADKA

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

Do

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

 zobowiązuje 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

1	5	0	9	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>