

**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,
  - wykonuje pracę na podstawie umowy uaktywniającej (jako niania).
- Ustalimy wówczas okoliczność 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 niebleskim (nie ołówkiem)

L.dz. .....  
(94)

**Dane osoby poszkodowanej****PESEL**

Rodzaj, seria i numer dokumentu potwierdzającego lożsamość

Imię

Nazwisko

data urodzenia

dd / mm / rrrr

data urodzenia

numer telefonu

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

**Adres zamieszkania****dowariej**

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 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 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 wykonywała pracę na podstawie umowy uaktywniającej (jako niania)

Ulica

Numer domu

Numer lokalu

Kod pocztowy

Miejscowość

Numer telefonu

Jeśli podasz tę informację, ułatw 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 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 poczowy  Miejscowość

Nazwa państwa   
Poda], 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, oto wczesnoję mieszkalność w Polsce. Jeśli nie masz adresu zamieszkania, podaj adres miejsca pobytu lub adres ostatniego miejsca zamieszkania w Polsce

Ulica

Numer domu  Numer lokalu

Kod poczowy  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

postę restante

skrytkę pocztową

przegródkę pocztową

Jeśli jako sposób korespondencji wybierzesz:

- postę 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 poczowy wpisz kod pocztowy placówki oraz w polu Miejscowość wpisz nazwę placówki pocztowej.

Ulica

Numer domu  Numer lokalu

Kod poczowy  Miejscowość

Nazwa państwa   
Poda], jeśli Twój adres jest inny niż polski

**Informacja o wypadku**

1. Data wypadku

21 07 2025  
dd / mm / rrrr

Godzina wypadku

9:30

2. Miejsce wypadku 3. Planowana godzina rozpoczęcia pracy  
w dniu wypadku

8:00

Planowana godzina zakończenia pracy  
w dniu wypadku

15:00

## 4. Rodzaj dożnanych urazów

URAZ MIĘŚNIA I ŚCIĘGNA PEOSTOŃCZA INNEGO PALCA NA POZIOMIE NADGARSTKA I REKI.  
USZKODZENIE ŚCIĘGNA PEOSTOŃCZA PALCA IV REKI LEWEJ.  
RANY CIĘTE NA WYSOKOŚCI GŁÓW KOŚCI ŚRODKOWEJ  
LEWEGO TO STOONIE GRZBIECZEJ.

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

Dnia 21.07.2025 w miejscowości PEREPRAWDZALISNY MONTAŻ FOLII ANTYWŁAMANIOWYCH. MONTAŻ TEN WYKONYWATEM JAKO PODWYKONAWCA NA ZLECENIE FIRMY:

PRACE WYKONYWALISMY W Z OSOBY, Z WYREJ NWMENIONYM PANEM DLA DEGÜ Klienta pod adresem W CELU ZATOCZENIA FOLII ANTYWŁAMANIOWYCH STANDARDOWO NALEŻY ZDEMONTOWAĆ LISTY WYKONCZENICHE WOKÓŁ SZYB OD STRONY WEWNĘTRZNEJ. PODCZAS APLIKACJI FOLII, NASTĄPIE SPADŁA NA MÓJ NADGARSTEK I SWÓDZ OSTRĄ KRAWĘDZIĘ PRZECIĘTA ŚCIĘGNO NA LEWEGO STOONI.

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

**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 poczowy	<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 poczowy	<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 poczowy	<input type="text"/>	Miejscowość	<input type="text"/>
Nazwa państwa <input type="text"/>			
Podaj, jeśli adres świadka jest inny niż polski			

**Załączniki**

- kserokopia karty informacyjnej zo szpitala/ zaświadczenie o udzieleniu pierwszej pomocy z pogotowia ratunkowego wraz z wywiadem
- kserokopia postanowienia prokuratury o wszczęciu posłepowania 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:

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

Do 

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

 z obowiązkiem dostarczyć następujące dokumenty:  
dd / mm / yyyy

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

#### Sposób odbioru odpowiedzi

- w placówce ZUS (osobiście lub  
przez osobę upoważnioną)  pocztą na adres  
wskażany we wniosku  na momencie konkretu na Platformie  
Uslug Elektronicznych (PUE ZUS)

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

Data 25 07 2025  
dd / mm / yyyy

/

Oszyfrowany podpis

Informacje, o których mowa w art. 13 ust. 1 i 2 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/678 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://blp.zus.pl/rodo>