

**Zawiadomienie o wypadku****Instrukcja wypełniania**

Wypełnij ten formularz i przekaż go do nas, jeśli wypadkowi przy pracy/ wypadku uległa osoba, która:

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

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 niebleskim (nie ołówkiem)

**Dane osoby poszkodowanej**

PESEL

Rodzaj, seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość

Imię

Nazwisko

Data urodzenia

 dd / mm / rrrr

Miejsce urodzenia

Numer telefonu

Jeśli podasz tę informację, ułatw 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 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 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

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 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 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**

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

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

**Informacja o wypadku**

1. Data wypadku

1	5	0	1	2	0	2	5
dd	/	mm	/	rrrr			

Godzina wypadku

13:00

2. Miejsce wypadku

3. Planowana godzina rozpoczęcia pracy  
w dniu wypadku

7:00

Planowana godzina zakończenia pracy  
w dniu wypadku

19:00

## 4. Rodzaj doznanych urazów

URAZ STAWU KOJCZOWEGO LEWEGO (ZŁAMANIE)  
 Dokumentacja RTG jest sporządzona na pięciu (5) i jest gotowa do przedstawienia przy kontroli lekarskiej

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

W dniu 15.01.2025 w trakcie prowadzenia prac na terenie firmy SP. Z O.O., podczas pracy supervisora przy zatrudnionym stanowisku sprawozdawczym KURA sprawdzaniem poprawności działania wentylatorów zamontowanych na nobocie Schodów 2 platformy, po krokowej poruszając się nobotem (wys. ok. 30 cm) postawieniu lewej nogi na mikroławce pojedecie przez co mogąc skierować się w stanie skojarzeniem VI upadkiem na pojedecie przeciągać się na lokcie lewej nogi. Po upadku kontynuowaniem pracy na stanowisku, ale po kilku godzinach był wciąż ból w lewym nadgarstku, a możliwość rany tak mała, że pohamowaniem uderzył się na oddział SOR szpitala w [redykt] gdzie zostałem spakowany

Podaj szczegółowy opis okoliczności, miejsca i przyczyn wypadku

## 6. Czy była udzielona pierwsza pomoc medyczna:

TAK  NIE

SAMODZIELNY PUBLICZNY 2025

Jeśli TAK, podaj nazwę i adres placówki służby zdrowia

## 7. Organ, który prowadził postępowanie w sprawie wypadku

[empty box]

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

## 8. Czy wypadek powstał podczas obsługi maszyn, urządzeń:

TAK  NIE

[empty box]

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 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/ zaświadczenie 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:

*(tym) jako świadek pośredni sprzedzi oświadczenie  
wybrane zostanie dokonane przez portal internetowy ZUS V*

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

Do 

dd	/	mm	/	rrrr		

 zobowiązuję się dostarczyć następujące dokumenty:

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 podaje zgodnie z prawdą, co potwierdzam złożonym podpisem.

Data

2	5	0	3	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>