



ZAKŁAD
UBEZPIECZEŃ
SPOŁECZNYCH

WYP

Zawiadomienie o wypadku

WY
2025 -07- 08

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 utrzymywającej (jako nianny).

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 **ciemnoniebieskim** (nie ołówkiem)

Wypełniono

2025 -07- 16

numer /ZAA/ rok

Dane osoby poszkodowanej

PESEL

Rodzaj, seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość

Jmie

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

Kod pocztowy

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 posta restante skrytka pocztowa przegródka pocztowa

Jeśli jako sposób korespondencji wybierzesz:

- posta 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.
Ta 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, ułatwia nam to kontakt w Twojej sprawie.
Ta 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:

W. L.
000 | 22.5 - 07- 08 |
dd / mm / year

Numer telefonu:

P.T.P. 1. ()

Jeśli podasz tę informację, ułatwi nam to kontakt w Twojej sprawie.
Ta 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 | Twój adres do korespondencji jest inny niż adres zamieszkania / adres ostatniego miejsca zamieszkania w Polsce / adres miejsca pobytu

 adres poste restante skrytkę pocztową przegródkę pocztową

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 pocztowej 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

04 07 2025
dd / mm / year

Godzina wypadku

8:30

2. Miejsce wypadku

[]

3. Planowana godzina rozpoczęcia pracy
w dniu wypadku

17:00

Planowana godzina zakończenia pracy
w dniu wypadku

19:00

EWYP

4. Rodzaj doznanego urazów

BOŁ PRĄDZI JAKOŚĆ CIĄTA, ZWIAŚLA OKOUC
ZEBER, WIDOCZNA JEST RAZEM Z BOŁEM BOKU BRUGA
ZTAMANIE ~~ZELEN~~ XI PO PRĄDZI STÓNLĘ

5. Szczegółowy opis okoliczności, miejsca i przyczyn wypadku

W NIEJSCU PRACY, KRYM, PODRĘCZ BUDONY JAGIŁU
PRZY WYKONANIU PRAC STOLECKICH NA GÓRNYM
POKLADZIE PRZECINAJĄC PRZEZ WYJŚCIE NA DŁOŻ
KATANALANU MIAŁ MIEJSCE UPADKI DO NIEWIĘSCINIE
ZABEZPIECZONEGO OTWORU TŁOKIENIOWEGO DO KONDYENACJI
POLNEJ GÓRNEGO POKLADU. SŁĘKOŚĆ OTWORU TO OK
1,5 m. OTWÓR BYŁ PUSTY, ZATRZYMANIE SIĘ NASTĘPAŁO NA
KŁADZIE OTWORU PRZYJĘTY SŁÓVY CIEKA. ZABEZPIECZENIE OTWORU NIE Działało

Podaj szczegółowy opis okoliczności, miejsca i przyczyn wypadku

6. Czy była udzielona pierwsza pomoc medyczna:

<input checked="" type="checkbox"/>	TAK	<input type="checkbox"/>	NIE
-------------------------------------	-----	--------------------------	-----

DO JEDNOZŁKI SPŁITAL CZŁOŃKI W 1

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:

<input type="checkbox"/>	TAK	<input checked="" type="checkbox"/>	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:

<input type="checkbox"/>	TAK	<input type="checkbox"/>	NIE
--------------------------	-----	--------------------------	-----

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

<input type="checkbox"/>	TAK	<input type="checkbox"/>	NIE
--------------------------	-----	--------------------------	-----

EWYP

Dane świadków wypadku

Świadek wypadku – 1

Imię	SOK	23 1 - 03 - 08	L22
Nazwisko	S. R. G.		
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 za szpitalem/ 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 odrys aktu zgonu (w przypadku wypadku ze skutkiem śmiertelnym)

EWYP

W: 1.

235-57-00

L: 2011

- dokumenty potwierdzające prawo do wydania karty wypadku osoby Innej niż poszkodowany (m.in. skrócony odpis aktu urodzenia, skrócony odpis aktu małżeństwa, pełnomocnictwa)

- Inne dokumenty:

UMOWA O ŚWIADCZENIE USŁUG

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

Do:

dd	/	mm	/	rrrr
----	---	----	---	------

zobowiązuję się dostarczyć następujące dokumenty:

2.

[redacted]

3.

[redacted]

4.

[redacted]

5.

[redacted]

6.

[redacted]

7.

[redacted]

8.

[redacted]

Sposób odbioru odpowiedzi

w placówce ZUS (osobiście lub
przez osobę upoważnioną)

począ na adres
wskażany we wniosku

na moim koncie na Platformie
Uslug Elektronicznych (PUE ZUS)

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

Data:

03 07 2025

dd / mm / rrrr

Informacja, o której mowa w art. 13 ust. 1 i 2 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/879 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>