



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 okoliczności i przyczyny wypadku.

19/05/2015

Zanim wypełnisz formularz, zapoznaj się z dołączoną do niego Informacją o wypadku.

1. Wypełnij WIELKIMI LITERAMI
2. Pola wyboru zaznacz znakiem X
3. Wypełnij kolorem czarnym lub niebieskim (nie olówkiem)

WAJK 1120

L12A

Dane osoby poszkodowanej

PESEL

Rodzaj, seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość

Imię

Nazwisko

Data urodzenia

WAJK 1120

Miejsce urodzenia

WAJK 1120

Numer telefonu

AEG

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 poczty

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

JW

Numer domu

Numer lokalu

Kod poczty

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 Adres za kod pocztowy placówki oraz w polu Miejscowość wpisz nazwę placówki pocztowej.

Wypełnij, je

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

Adres o

Wypełnij, j
ale wcześ
w Polsce

Ulica

Numer domu

Numer lokalu

Kod pocztowy

Miejscowość

Numer telefonu

V V D

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

Adres c

Wypełnij,
zamieszk

Adres sprawowarlia opieki nad dzieckiem w wieku do lat 3

Podaj, jeśli poszkodowany wykonuje pracę na podstawie umowy uaktywniającej (jako niania)

ac

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 c

Wypełnij,
zamieszk

Dane osoby, która zawiadamia o wypadku

Wypełnij, jeśli jesteś inną osobą niż poszkodowany

Inform

1. Da

2. Mi

3. Pl

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 poczty

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 poczty

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 posle restante skrytkę pocztową przegródkę pocztową

Jeśli jako sposób korespondencji wybierzesz:

- posle 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 poczty wpisz kod pocztowy placówki oraz w polu Miejscowość wpisz nazwę placówki pocztowej.

Ulica

Numer domu

Numer lokalu

Kod poczty

Miejscowość

Nazwa państwa

Podaj, jeśli Twój adres jest inny niż polski

Informacja o wypadku

1. Data wypadku

09072025
dd / mm / rrrr

Godzina wypadku

9:00

2. Miejsce wypadku

3. Planowana godzina rozpoczęcia pracy
w dniu wypadkuPlanowana godzina zakończenia pracy
w dniu wypadku

14:00

4. Rodzaj doznanych urazów

SYZO ZŁAMANIE OBOJĘZYKA

5. Szczegółowy opis okoliczności, miejsca i przyczyn wypadku

Dnia 9 KWIECIA OKOŁO GODZ. 9.00 W FIRMIE
 ŁADUJĄC TOWAR PALECIAKIEM ELEKTRYCZNYM
 NA NACZEPE KIEROWCA TIRA ODJECHAŁ OD RAMPY. W WYNIKU
 CEGO POWSTAŁA SZCZELINA [REDACTED] DO KTÓREJ WPADŁ
 PRZECZYLIK SIĘ PALECIAKIEM, SKUTKIEM CEGO WYBIŁKO MNIE
 W TYŁ I UPADŁEM BARKIEM NA RAMPE

Podaj szczegółowy opis okoliczności, miejsca i przyczyn wypadku

6. Czy była udzielona pierwsza pomoc medyczna: TAK NIE

SAMODZIELNY DOKTOR MĘCZAKI ZDROWOTNEJ
 SZPITAL SPESZALNEJ SZPITALA ODZIAŁ RATUNKOWY
 Jeśli TAK, podaj nazwę i adres placówki służby zdrowia

7. Organ, który prowadził postępowanie w sprawie wypadku

[REDACTED]

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

8. Czy wypadek powstał podczas obsługi maszyn, urządzeń: TAK NIE

TAK, BYŁ SPRAWNY - SPRZĘT NALEŻAŁ DO FIRMY

Jeśli TAK, podaj czy maszyna, urządzenie były sprawne i użytkowane zgodnie z zasadami producenta i w jaki sposób

9. Czy maszyna, urządzenie posiada akt/ 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 poczłowy	<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 poczłowy	<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 poczłowy	<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 szpilą/ zaświadczenie o udzieleniu pierwszej pomocy z pogotowia ratunkowego wraz z wywiadem
- Kserokopia posłanowienia prokuratury o wszczęciu postępowania karnego lub zawieszeniu/ umorzeniu postępowania
- Kserokopia stalsytycznej 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:

ZEZNANIA ŚWIADKA,

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

Do

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

 zapisanej daty (dd / mm / yyyy) 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 Uslug Elektronicznych (PUE ZUS)

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

Data

2	0	0	5	2	0	2	3
---	---	---	---	---	---	---	---

 dd / mm / yyyy

U

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://blp.zus.pl/rodo>