

Lj.

**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.

**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)

ZAKŁAD UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH

Wypełniono 2025 - 06 - 18 - 6 - L. zał.

Nr. ref. .... (3)

**Dane osoby poszkodowanej**

PESEL

Rodzaj, seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość

Imię

Nazwisko

Data urodzenia

Miejsce urodzenia

Numer telefonu

Jesli pozasz tą informację, uświat 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

<input type="checkbox"/> adres	<input type="checkbox"/> poste restante	<input type="checkbox"/> skrytka pocztowa	<input type="checkbox"/> 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			
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			
Kod pocztowy			
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			
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 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

 postę restante

 skrytkę pocztową

 przegródka pocztowa

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 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

1	0	0	4	2	0	2	5
dd	/	mm	/	rrrr			

Godzina wypadku

 OKOŁO 9,30

2. Miejsce wypadku

 WARSZTAT SAMOCHODOWY - KANAŁ DIAGNOSTYCZNY
3. Planowana godzina rozpoczęcia pracy  
w dniu wypadku
 8.00
Planowana godzina zakończenia pracy  
w dniu wypadku
 16.00

## 4. Rodzaj doznanych urazów

URAZ KRĘGOSŁUPA, URAZ KLATKI PIERSIOWEJ.

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

W dniu wypadku 10.04.2025r. poszkodowany rozpoczął pracę o godz. 8.00 w zakładzie MECHANIKA POJAZDOWA | śrej jest właścicielem. Około godz. 9.30 poszkodowany zjechał z kanału dignostycznego na zewnątrz warsztatu. Wrócił do warsztatu ponieważ zapomniał zabrać osłonę silnika. Poszkodowany, przechodząc koło kanału, w pewnym momencie poślizgnęła mu się nogą, stracił równowagę i wadł do kanału uderzając ciałem w najazd kanału. Poszkodowany wyszedł o własnych siłach mocno obolały. Poszkodowany później zauważył, że była rozlana niewielka plama płynu chłodniczego, co było przyczyną poślizgnięcia. Poszkodowany poszedł do pracownika pana | który naprawiał inny samochód i powiedział mu o zdarzeniu. Ponieważ poszkodowany odczuwał mocny ból w ramieniu i klatce piersiowej pan | dwójż poszkodowanego na Izbę Przyjęć szpitala w

Podaj szczegółowy opis okoliczności, miejsca i przyczyn wypadku

## 6. Czy była udzielona pierwsza pomoc medyczna:



TAK



NIE

SZPITAL

Jeśli TAK, podaj nazwę i adres placówki służby zdrowia

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

Nie dotyczy.

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"/>
Kod pocztowy	<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:

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

Podaj jakie, np. dokumenty dotyczące udzielonej pomocy medycznej, umowa na wykonywaną usługę, faktura, rachunek, notatka 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  
wskażany 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

1	8	0	6	2	0	2	5
---	---	---	---	---	---	---	---

dd

/ mm

/ rrrr

\_\_\_\_\_

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>