



Zawiadomienie o wypadku

Instrukcja wypełniania

1

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

pracy

- prowadzi pozarolniczą działalność,
 - współpracuje przy prowadzeniu pozarolniczej działalności,
 - wykonuje pracę na podstawie umowy uaktywniającej (jako niania).
- Ustalimy wówczas okoliczności i przyczyny wypadku.

ZAKŁAD UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH

Zanim wypełnisz formularz, zapoznaj się z dołączoną do niego Informa

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

Dane osoby poszkodowanej

PESEL

Rodzaj, seria i numer dokumentu
potwierdzającego tożsamość

Imię

Nazwisko

Data urodzenia

Miejsce urodzenia

Numer telefonu

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

Kod pocztowy

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

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 uaktualniającej (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

Imię

Nazwisko

Data urodzenia

Numer telefonu

Jeśli podasz tę informację, uratuj nam w konieczności Twojej sprawie.
To pole jest dobrowolne

Adres zamieszkania osoby, która zawiadamia o wypadku

Wypełnij, jeśli jesteś inną osobą niż poszkodowany

Ulica

Numer domu

Kod poczty

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 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 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	9	0	3	2	0	2	5
dd	/	mm	/	rrrr			

Godzina wypadku

08:20

2. Miejsce wypadku

3. Planowana godzina rozpoczęcia pracy
w dniu wypadku

09:30

Planowana godzina zakończenia pracy
w dniu wypadku

13:30

4. Rodzaj doznanych urazów

WIELOODŁAMKOWE ZŁAMANIE
PIĄTEJ KOŚCI ŚROD RĘCZĄ,
STŁUCZENIE DŁONI

5. Szczegółowy opis okoliczności, miejsca i przyczyn wypadku

SCHODZIĆ Z RAMPY ZATADUNKowej po SCHODACH, NOGI ZAPŁĄCIŁY MI SIĘ I GROBUJĄC ZŁĄCAĆ SIĘ REGATU MĘDRZECKIEM W NIEGO RĘKA, PO CLYM UPADKEM NA PODŁOGĘ.

Podaj szczegółowy opis okoliczności, miejsca i przyczyn wypadku

6. Czy była udzielona pierwsza pomoc medyczna:

TAK

NIE

BRĄZ

Jeśli TAK, podaj nazwę i adres placówki służby zdrowia

7. Organ, który prowadził postępowanie w sprawie wypadku

BRĄZ

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

8. Czy wypadek powstał podczas obsługi maszyn, urządzeń:

TAK

NIE

BRĄZ

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

Nazwisko

Ulica

Numer domu

Kod poczlowy

Nazwa państwa

Świadek wypadku – 2

Imię

Nazwisko

Ulica

Numer domu

Numer lokalu

Kod poczlowy

Miejscowość

Nazwa państwa

Podaj, jeśli adres świadka jest inny niż polski

Świadek wypadku – 3

Imię

Nazwisko

Ulica

Numer domu

Numer lokalu

Kod poczlowy

Miejscowość

Nazwa państwa

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, 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

07 09 2025
dd / mm / rrrr

*Tomasz Szczerba
dowód osob. strona
wyk. msc
etnia*

ZUS - U4 - ZZ

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>