



ZAKŁAD  
UBEZPIECZEŃ  
SPOŁECZNYCH

FORMULARZ ZAPRASZAJĄCY DO WYPEŁNIENIA

Wypełniono	2025 -08- 1
<b>Zawiadomienie o wypadku</b>	

**Instrukcja wypełniania**

Nr rcj. ....

Wypełnij ten formularz i przekaz gó 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)

Wpl.  
SOK  
18 SIE. 202  
Nr Ref. ....

**Dane osoby poszkodowanej**

PESEL  
Rodzaj, seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość

Imię

Nazwisko

Data urodzenia

dd / mm / tt

Miejsce urodzenia

Numor telefonu

Jeśli posiadasz inną informację, ustaw ją tutaj do kontaktu w Twojej sprawie.  
To pole jest dobrowolne

**Adres zamieszkania osoby poszkodowanej**

Ulica

Numer domu

Kod pocztowy

Nazwa państwa

Proszę, jeśli adres jest inny niż Polska

**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

Numor lokalu

Kod pocztowy

Miejscowość

Wpl.  
SOK

18 SIE. 2025

UZU

Šyml. PZUS

Nr Rej. ....  
(2)

EWYP

### 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 jedyne 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 wykonywała 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

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

Woj. SOK	18 SIE. 2025	YCH K
Nr Ref. (2)	TAKI	
ZAKŁAD UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH		

**EWYP**

Data urodzenia:

dd / mm / rr Wplywająco 2025 -08- 19

Numer telefonu:

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

Nr ref. 11

#### 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, oto wczesniej miejsce zamieszkania 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

posta roszczenia

skrytkę pocztową

przegródkę pocztową

Jeśli jako sposób korespondencji wybierzesz:

- posta roszczenia, podaj jedyńkę 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

02 08 2025  
dd / mm / rr

Godzina wypadku

14.00

2. Miejsce wypadku

3. Planowana godzina rozpoczęcia pracy w dniu wypadku

7.00

Planowana godzina zakończenia pracy w dniu wypadku

17.00

Blisko Terenu	
Wpt. SOK	18 SIE. 2025
Nr Rej. .... 121	

**EWYP**

4. | Rodzaj doznałnych urazów

**ZŁAMANIE BURSAJ KOSTŁY PROMIENICZEJ  
RĘKI PRAWEJ**

6. Szczegółowy opis okoliczności, miejsca i przyczyn wypadku

Podczas wykonywania jasnego stam na dachu stopniu drabinę i ukladając palenice na sofie w korytarzu mieszkania klienta. Zeszczygneta mi się stopa ze stopnia drabiny, upadłem na rękę prawą. Podczas upadku doznałem urazu ręki co uniemożliwiło mi kontynuowanie dalszych prac u klienta.

Podej szczegółowy opis okoliczności, miejsca i przyczyn wypadku

6. Czy była udzielona pierwsza pomoc medyczna:  TAK  NIE

**KOŁECKA ELENA ZE SPOLONY**

Jeśli TAK, podaj nazwę i adres placówki służby zdrowia

7. Organ, który prowadził postępowanie w sprawie wypadku

**WYSZYSTKIE**

Podej 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

**EWYP**

Wpt.  
SOK 18 SIE. 2025

Wypadek  
Samochodem

<b>Dane świadków wypadku</b>		Nr Rej. .... (2)	ZAKŁAD
Świadek wypadku – 1			
Imię	2025-08-19		
Nazwisko			
Ulica	INNE		
Numer domu	Numer lokalu		
Kod poczty	Miejscowość		
Nazwa państwa	Podaj, jeśli adres świadka jest inny niż polski		
Świadek wypadku – 2			
Imię			
Nazwisko			
Ulica			
Numer domu	Numer lokalu		
Kod poczty	Miejscowość		
Nazwa państwa	Podaj, jeśli adres świadka jest inny niż polski		
Świadek wypadku – 3			
Imię			
Nazwisko			
Ulica			
Numer domu	Numer lokalu		
Kod poczty	Miejscowość		
Nazwa państwa	Podaj, jeśli adres świadka jest inny niż polski		

**Załączniki**

- Kserokopia karty informacyjnej zo szpitala/ zaświadczenie o udzieleniu pierwszej pomocy z pogotowia ratunkowego wraz z wywiadem
- Kserokopia posłanowienia prokuratury o wszczęciu postępowania karnego lub zawieszeniu/ umorzeniu postępowania
- Kserokopia statystycznej karty zgonu lub zaświadczenie lekarstwo stwierdzające przyczynę zgonu, skrócony odpis aktu zgonu (w przypadku wypadku ze skutkiem śmiertelnym)

Wpl. SOK	18 SIE. 2025	VIM Vym. Kom.
Nr. Ref. .... (2)		

**EWYP**

dokumenty potwierdzające prawo do wydania karty wypadku osobie innej niż poszkodowany (m.in. skrócony odpis aktu urodzenia, skrócony odpis aktu małżeństwa, pełnomocnictwo)

Inne dokumenty:

*Kopia faktury za wykonanie usługi*

Podaj jaka, np. dokumenty dotyczące udzielonej pomocy medycznej, umowa na wykonywaną usługę, faktura, rachunek, notała z policji, ksero mandatu kogoś 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)



poczta na adres  
wskażany we wniosku



na e-mail konkret na Platformie  
Uslug Elektronicznych (PUE ZUS)

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

Data

13	08	2025
dd	/	mm

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>