



ZAKŁAD  
UBEZPIECZEŃ  
SPOŁECZNYCH

FWYP

## Zawiadomienie o wypadku

### Instrukcja wypełniania

Wypełnij ten formularz i prześlij 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 nian
- Ustallmy wówczas okoliczności i przyczyny wypadku.

Zanim wypełnisz formularz, zapoznaj się z dołączoną do niego

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

DOWÓD OSOBISTY NR

Imię

Nazwisko

Data urodzenia

Urodzenia

nr telefonu

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

### Adres zamieszkania osoby poszkodowanej

Ulica

2025 -04- 04

(13)

Numer domu

Numer lokalu

Wydział Świadczeń i Emerytalno-Rentowych

Kod pocztowy

Miejscowość

Nazwa państwa

Podaj, jeśli adres jest inny niż polski

### Adres do korespondencji osoby poszkodowanej

Podaj, jeśli adres do korespondencji jest inny niż adres zamieszkania

W kartotece rentowej o/ZUS

Ulica

2025 -04- 04

Numer domu

Numer lokalu

Kod pocztowy

Miejscowość

nie figuruje / figuruje nr

Nazwa państwa

Podaj, jeśli adres jest inny niż polski

**Adres miejsca prowadzenia pozarolniczej działalności**

Podaj, jeśli poszkodowany prowadzi pozarolniczą działalność, adres miejsca, gdzie prowadzi taką działalność

Ulica

Numer domu  Numer lokalu

Kod pocztowy  Miejscowość

Numer telefonu

Jeśli podasz nam 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  Miejscowość

Numer telefonu

Jeśli podasz nam 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 nam 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 pocztowy  Miejscowość

Nazwa państwa

Podaj, jeśli Twój adres jest inny niż polski

Adres do korespondencji osoby, która zawiadomiła o wypadku

Wypełnij, jeśli jesteś inną osobą niż poszkodowany i Twój adres do korespondencji jest inny niż adres zamieszkania

Улсв

**Numer domu**

Numar lokalu

Kod pocztowy

### Miejsowość

Nazwa poŃstwa

Podaj, jeśli Twój adres jest inny niż polski

### Informacja o wypadku

- |  |  |  |                  |
|--|--|--|------------------|
| 1. Data wypadku  | 1 9 0 3 2 0 2 5<br>dd / mm / rr  | Godzina wypadku                                    | 8 <sup>45</sup>  |
| 2. Miejsce wypadku   | MAGAZYN VIDEO  |  |                  |
| 3. Planowana godzina rozpoczęcia pracy w dniu wypadku        | 7 <sup>00</sup>  | Planowana godzina zakończenia pracy w dniu wypadku | 15 <sup>00</sup> |
| 4. Rodzaj doznanych urazów                                   | URAZ PRAWIEJ KOŃCZNY GÓRNEJ, BOLESNOŚĆ OBRĘK OLCUCH NADGARSTKA PRAWEGO Z OBRĘKIEM PRZECIWNIEŻNYM NA ŚRODKOWE, PÓŁ OGRANICZENIE FUNKCJI RUCHOWEJ PRAWIEJ KOŃCZNY GÓRNEJ |  |                  |
| 5. Szczegółowy opis okoliczności, miejsca i przyczyn wypadku |  |  |                  |

ZDARZENIE MIAŁO MIEJSCE PODCZAS WYKONYWANIA PRACY ZAMOCOWEJ, WEWNĄTRZ BUDYNKU, W MAGAZYNIE, PO PRZYGOTOWANIU TERENU SUROWY, SPRAWDZENIU UZBIENIEŃ W TYM BUDYNIE, STABILNOŚCI I SPRAWNOŚCI OTOCZNY ODCZ PRZYGOTOWANIU MATERIAŁÓW I NARZĘDZI SUROWIANKI PRZYSTĄPIEN DO WYKONANIA ZADANIA - SUPACHOWANIE.

PODZIAŁ WŁOŚCIVOŚCI NA DWAJENKĘ KOMUNIKACJĄ, BODĄC SIĘ KONTAKTAMI, PRÓBĄ DO  
NIE, NA DRUGIM STRONIE DWAJENKĘ ZŁOŻONĄ, HIGIENICZNO, CO SPOKOJOWO  
WSTĘP STANOWIŁO I RÓWNOWAŻY W WYNIKU WŁOŚCIVOŚCI NA: PRAWĄ STRONĄ  
CIĄGA, OŚCIGNIE NA REKĘ - WPADEK NA TWARZ, STRONIE PODŁOŻE.  
PO WODZIKU ODPRAWIAŁEM DWAJENKĘ W DWAJENKĘ NADOBARSZKA, WODZIKU Z CIEŚMI ZŁOŻE  
PŁOCHĄ, WODZIKU CIEŚMI RÓWNIEM W WODZIKU OMAJENKĘ WODZIKU WODZIKU  
WODZIKU

Podaj szczegółowy opis okoliczności, miejsca i przyczyn wypadku

8. Czy była udzielona pierwsza pomoc medyczna: ☒ TAK ☐ NIE

SPITALNY ODDZIAŁ RATUNKOWY  
NOŻEWÓWKA SPITAL NIEWOSPECJALISTYCZNY

Jeśli TAK, podaj nazwę i adres placówki służby zdrowia

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

BRAK

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

## 8. Czy wypadek powstał podczas obsługi maszyn, urządzeń:



TAK



NIE

URZĄDZENIE BYŁO SPRAWNE, UŻYTKOWANE ZGODNIE Z ZASADAMI PRODUCENTA, SPRAWDZONE PODCZAS OBSŁUGI, MOCOWANIA, SERWISU, SPRAWDZONE CZY JEST WOLNE OD ZANIECYSZCZENIA, Z URZĄDZENIA KORzystaŁA JEDNA OSOBA, KŁOUDZENIE DOBYWAŁO SIĘ PROSTYM DO PRACY W OBUWIA I ODBIÓR OCHRONNEJ OPAKOWA USTAWIONA BYŁA POD ODPWIEDNIM KĄTEM, BY ZAPOBIEC PRZED PRZEBÓCENIEM

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

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	<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/ zaświadczenia 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:

FAKTURA

Podaj fakto, np. dokumenty dotyczące udzielonej pomocy medycznej, umowa na wykonywaną usługę, faktura, rachunek, notatka z policy, ksero mandatu karnego itp.

Do

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
dd	/	mm	/	rrr			

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 do korespondencji wskazany we wniosku ☐ na moim koncie na Platformie Usług Elektronicznych (PUE ZUS)

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

Data 

0	1	0	4	2	0	2	5
---	---	---	---	---	---	---	---

  
dd / mm / rrrr



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://bip.zus.pl/rodo>