

**ZAWIADOMIENIE O WYPADKU****Instrukcja wypełniania**

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

- prowadzi pozarolniczą działalność gospodarczą,
- współpracuje przy prowadzeniu pozarolniczej działalności,
- wykonuje pracę na podstawie umowy uaktywniającej (jako niania).

Ustalimy wówczas okoliczności i przyczyny wypadku.

Wypadku do pracy lub z pracy L. zał.  
Nr Rej. ..... 1(51)

SZ/MLW

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

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

**Dane osoby poszkodowanej**

## PESEL

Rodzaj, seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość

Imię

Nazwisko

Data urodzenia

Miejsce urodzenia

**Adres zamieszkania**

|                   |              |                                                   |
|-------------------|--------------|---------------------------------------------------|
| Wpływanego        | 2025 -01- 17 | Ulica<br>.ECZNYCH<br>Numer domu<br>zakwaterowania |
|                   |              | Kod pocztowy                                      |
| Gmina/ dzielnica  |              |                                                   |
| (2) Nazwa państwa |              |                                                   |

Podaj, jeśli adres jest inny niż polski

**Adres do korespondencji**

Podaj, jeśli adres do korespondencji jest inny niż adres zamieszkania

Ulica

Numer domu

Numer lokalu

Kod pocztowy

Miejscowość

Gmina/ dzielnica

Nazwa państwa

Podaj, jeśli adres jest inny niż polski

**Adres miejsca prowadzenia pozarolniczej działalności**

Podaj, jeśli poszkodowany prowadzi albo współpracuje przy prowadzeniu pozarolniczej działalności

Ulica

|       |  |  |
|-------|--|--|
| Ulica |  |  |
|-------|--|--|

Numer domu

|            |  |
|------------|--|
| Numer domu |  |
|------------|--|

Numer lokalu

|              |  |
|--------------|--|
| Numer lokalu |  |
|--------------|--|

Kod pocztowy

|              |  |
|--------------|--|
| Kod pocztowy |  |
|--------------|--|

Miejscowość

|             |  |
|-------------|--|
| Miejscowość |  |
|-------------|--|

Gmina/ dzielnica

|                  |  |
|------------------|--|
| Gmina/ dzielnica |  |
|------------------|--|

Numer telefonu

|                |  |
|----------------|--|
| Numer telefonu |  |
|----------------|--|

Podaj numer telefonu – to ułatwi nam kontakt w tej sprawie

**Adres sprawowania opieki nad dzieckiem w wieku do lat 3**

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

Ulica

|       |  |  |
|-------|--|--|
| Ulica |  |  |
|-------|--|--|

Numer domu

|            |  |
|------------|--|
| Numer domu |  |
|------------|--|

Numer lokalu

|              |  |
|--------------|--|
| Numer lokalu |  |
|--------------|--|

Kod pocztowy

|              |  |
|--------------|--|
| Kod pocztowy |  |
|--------------|--|

Miejscowość

|             |  |
|-------------|--|
| Miejscowość |  |
|-------------|--|

Gmina/ dzielnica

|                  |  |
|------------------|--|
| Gmina/ dzielnica |  |
|------------------|--|

Numer telefonu

|                |  |
|----------------|--|
| Numer telefonu |  |
|----------------|--|

Podaj numer telefonu – to ułatwi nam kontakt w tej sprawie

**Dane osoby, która zawiadamia o wypadku**

Wypełnij jeśli jesteś inną osobą niż poszkodowany

PESEL

|       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|-------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| PESEL |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|-------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

Rodzaj, seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość

|                                                            |  |
|------------------------------------------------------------|--|
| Rodzaj, seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość |  |
|------------------------------------------------------------|--|

Jeśli nie masz numeru PESEL, podaj serię i numer innego dokumentu

Imię

|      |  |
|------|--|
| Imię |  |
|------|--|

Nazwisko

|          |  |
|----------|--|
| Nazwisko |  |
|----------|--|

Data urodzenia

|    |   |    |   |      |
|----|---|----|---|------|
| dd | / | mm | / | rrrr |
|----|---|----|---|------|

Płeć

|                              |                          |
|------------------------------|--------------------------|
| (K – kobieta/ M – mężczyzna) | <input type="checkbox"/> |
|------------------------------|--------------------------|

Numer telefonu

|                |  |
|----------------|--|
| Numer telefonu |  |
|----------------|--|

Podaj numer telefonu – to ułatwi nam kontakt w tej sprawie

**Adres zamieszkania**

Wypełnij jeśli jesteś inną osobą niż poszkodowany

Ulica

|       |  |  |
|-------|--|--|
| Ulica |  |  |
|-------|--|--|

Numer domu

|            |  |
|------------|--|
| Numer domu |  |
|------------|--|

Numer lokalu

|              |  |
|--------------|--|
| Numer lokalu |  |
|--------------|--|

Kod pocztowy

|              |  |
|--------------|--|
| Kod pocztowy |  |
|--------------|--|

Miejscowość

|             |  |
|-------------|--|
| Miejscowość |  |
|-------------|--|

Gmina/ dzielnica

|                  |  |
|------------------|--|
| Gmina/ dzielnica |  |
|------------------|--|

Nazwa państwa

|               |  |
|---------------|--|
| Nazwa państwa |  |
|---------------|--|

Podaj, jeśli Twój adres jest inny niż polski

**Adres do korespondencji**

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

Ulica

Numer domu

Numer lokalu

Kod pocztowy

Miejscowość

Gmina/ dzielnica

Nazwa państwa

Podaj, jeśli Twój adres jest inny niż polski

**Informacja o wypadku**

1. Data wypadku

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

Godzina wypadku

12 - 00

2. Miejsce wypadku

11. Bolesławice

3. Planowana godzina rozpoczęcia pracy  
w dniu wypadku

7 - 00

Planowana godzina zakończenia pracy  
w dniu wypadku

17 - 00

4. Rodzaj doznanych urazów

ZŁAMANIE SZCZĘSTKI KOSTKI BOCZNEJ

5. Szczegółowy opis okoliczności, miejsca i przyczyn wypadku

Przy schodzeniu klatką schodową w dół o  
posiadającym się na schodach w  
wyniku czego spadł i dostał rany  
złamania kostki.

Podaj szczegółowy opis okoliczności, miejsca i przyczyn wypadku

6. Czy była udzielona pierwsza pomoc medyczna:

TAK

NIE

SQR

Jeśli TAK, podaj nazwę i adres placówki służby zdrowia

7. Organ, który prowadził postępowanie w sprawie wypadku

NIE

Podaj nazwę i adres organu, który prowadził postępowanie w sprawie wypadku (Policeja, Prokuratura, inne)

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

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          |  |              |
| Nazwisko      |  |              |
| Ulica         |  |              |
| Numer domu    |  | Numer lokalu |
| Kod poczty    |  | 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:

**FAKURA PODNIERZĘ ŻE WYPADEK BYŁ W PRACY**

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

Do **20012025** zobowiązuję się dostarczyć następujące dokumenty

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_
4. \_\_\_\_\_
5. \_\_\_\_\_

**Sposób odbioru odpowiedzi**

w placówce ZUS (osobiście lub  
przez osobę upoważnioną)

pocztą na adres do korespondencji  
wskazany we wniosku

na moim koncie na Platformie  
Uslug Elektronicznych (PUE ZUS)

Świadomy odpowiedzialności karnej za składanie nieprawdziwych zeznań, oświadczam, że dane zawarte w zaświadczenie podałem zgodnie z prawdą, co potwierdzam złożonym podpisem.

Data **08012025**  
dd / mm / yyyy

Czytelny podpis

