



Zawiadomienie o wypadku

Wystaw: 2025-10-09

Instrukcja wypełniania

Wypełnij ten formularz i przekaz go do nas, jeśli wypadkowi przy pracy/wypadkowi w druce 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)

Dane osoby poszkodowanej

PESEL

Rodzaj, seria i numer dokumentu
potwierdzającego tożsamość

Imię

TOMASZ

Nazwisko

Data urodzenia

dd / mm / rrrr

Miejsce urodzenia

Numer telefonu

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

Adres zamieszkania osoby poszkodowanej

Ulica

Numer domu

Numer lokalu

Kod pocztowy

Miejscowość

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

☒ 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 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 wykonuje 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

2

EWYP
ZAKŁAD UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH
ODDZIAŁ W JASŁE
Wydział Obsługi Klientów i Korespondencji

Wysłano: 2025-10-09

L. dz. (1)

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 pocztowy

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 pocztowy

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 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

Informacja o wypadku

1. Data wypadku

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

Godzina wypadku

11:20

2. Miejsce wypadku

WARSZTAT SAMOCHODOWY

3. Planowana godzina rozpoczęcia pracy w dniu wypadku

8:00

Planowana godzina zakończenia pracy w dniu wypadku

16:00

4. Rodzaj doznanych urazów

Złamanie kompresyjne trzonu kręgu
Złamanie masywu bocznego prawego i lewego kości krzyżowej

5. Szczegółowy opis okoliczności, miejsca i przyczyn wypadku

Dnia 23 września 2025 roku rozpocząłem pracę o godzinie 8:00 w firmowym warsztacie naprawczym zgodnie z zaplanowanym harmonogramem prac na dany dzień. Do pracy przystąpiłem w pełni wypoczęty i wyposażony w środki ochrony osobistej. Po skompletowaniu niezbędnych narzędzi do pracy, zająłem się realizacją pierwszego zlecenia dla mojego klienta tj. montażem relingów dachowych przy samochodzie dostawczym. Do pracy użyłem drabiny rozstawnej, ustawionej na stabilnym, równym i utwardzonym podłożu. Wszedłem do połowy wysokości drabiny i za pomocą czyściwa zacząłem oczyszczać zabrudzone osadem z liści rynny ociekowe na dachu pojazdu. Podczas schodzenia z drabiny po kolejne suche i czyste czyściwo, znajdując się na trzecim szczeblu drabiny nagle noga zsunęła mi się ze szczebla. Na skutek tego zdarzenia straciłem równowagę i spadłem na podłoże. Mój brat, który też był w warsztacie podbiegł do mnie i zapytał co się stało. Powiedziałem mu, że bardzo bołą mnie plecy. Marek wezwał Pogotowie Ratunkowe, którym zostałem odwieziony do szpitala.

Podaj szczegółowy opis okoliczności, miejsca i przyczyn wypadku

6. Czy była udzielona pierwsza pomoc medyczna:



TAK



NIE

Szpital Specjalistyczny

Jeśli TAK, podaj nazwę i adres placówki służby zdrowia

7. Organ, który prowadził postępowanie w sprawie wypadku

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

EWYP

3

ZAKŁAD UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH
ODDZIAŁ W JASŁE
Wydział Obsługi Klientów i Korespondencji

Wypadek 2025 -10- 09

L. dz.

(1)

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 pocztowy

Miejscowość

Nazwa państwa

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:

WYPIS Z CENTRALNEJ EWIDENCJI I INFORMACJI O DZIAŁALNOŚCI GOSPODARCZEJ, ZAPIS WYJAŚNIEŃ
POSZKODOWANEGO ZAPIS INFORMACJI ŚWIADKA, ZLECENIE NAPRAWY, KARTA SOR ORAZ ODDZIAŁU OROPEDII
SZPITALA

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 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	2	1	0	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>