

## Zawiadomienie o wypadku

### Instrukcja wypełniania

Wypełnij ten formularz i przekaż 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 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)

TOŻSAMOŚĆ USTALONA  
NA PODSTAWIE  
DOKUMENTU TOŻSAMOŚCI

ZSA  
FL1  
OPRAC.

2014.01.01

### Dane osoby poszkodowanej

PESEL

Rodzaj, seria i numer dokumentu  
potwierdzającego tożsamość

Imię

Nazwisko

61 Data urodzenia

NT Miejsce urodzenia

61 Numer telefonu

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

### Adres zamieszkania osoby poszkodowanej

Ulica

Numer domu

Kod pocztowy

Nazwa państwa

Podaj, jeśli adres jest inny niż polski

### Adres do korespondencji osoby poszkodowanej

Podaj, jeśli adres do korespondencji jest inny niż adres zamieszkania

Ulica

Numer domu

Kod pocztowy

Nazwa państwa

Podaj, jeśli adres jest inny niż polski

**Adres miejsca prowadzenia pozarolniczej działalności**

Podaj, jeśli poszkodowany prowadzi pozarolniczą działalność albo współpracuje przy prowadzeniu takiej działalności

J.W.

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 zawiadamia o wypadku

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

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 Twój adres jest inny niż polski

## Informacja o wypadku

1. Data wypadku	<input type="text" value="23"/> <input type="text" value="05"/> <input type="text" value="2025"/>	Godzina wypadku	<input type="text" value="10.15"/>
<small>dd / mm / rrrr</small>			
2. Miejsce wypadku	<input type="text"/>		
3. Planowana godzina rozpoczęcia pracy w dniu wypadku	<input type="text" value="7&lt;sup&gt;00&lt;/sup&gt;"/>	Planowana godzina zakończenia pracy w dniu wypadku	<input type="text" value="16&lt;sup&gt;00&lt;/sup&gt;"/>
4. Rodzaj doznanych urazów	<div style="border: 1px solid black; padding: 10px; min-height: 100px;"> <p>Łamanie kości piszczelowej z przemieszczeniem odcinków</p> </div>		

## 5. Szczegółowy opis okoliczności, miejsca i przyczyn wypadku

Podczas zawieszania lasera poziomującego stojąc na drabinie, drabina przechyliła się i spadła z wysokości około 1,5 metra. Prawdopodobnie przyczyną przechylenia się drabiny było moje zachwianie się spowodowane nie równym postawieniem nogi na szczeblu drabiny.

Podaj szczegółowy opis okoliczności, miejsca i przyczyn wypadku

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

SOR

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

## Dane świadków wypadku

## Świadek wypadku – 1

Imię	<div>Brak</div>		
Nazwisko	<div></div>		
Ulica	<div></div>		
Numer domu	<div></div>	Numer lokalu	<div></div>
Kod pocztowy	<div></div>	Miejscowość	<div></div>
Nazwa państwa	<div></div>		

Podaj, jeśli adres świadka jest inny niż polski

## Świadek wypadku – 2

Imię	<div>Brak</div>		
Nazwisko	<div></div>		
Ulica	<div></div>		
Numer domu	<div></div>	Numer lokalu	<div></div>
Kod pocztowy	<div></div>	Miejscowość	<div></div>
Nazwa państwa	<div></div>		

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:

umowa dotycząca wykonania usługi fizjoterapeutycznej  
ustna, CEDIG,

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

Do

0	5	0	8	2	0	2	5
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 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	5	0	8	2	0	2	5
dd		mm		rrrr			

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>.