



ZAKŁAD  
UBEZPIECZEN  
SPOŁECZNYCH

EWYP

## Zawiadomienie o wypadku

### Instrukcja wypełniania

Wypełnij ten formularz i przekaz 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 umiędzynarodowionej (jako niania).

Ustalmy 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		2025-09-10	
Nazwisko		STARSZY INSPEKTOR	
Data urodzenia	dd / mm / rrrr		
Miejsce urodzenia			
Numer telefonu			

Jest podasz tę informację. Ustawa 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 mieszkasz 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 uciążliwej (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

## EWYP

Data urodzenia

Numer telefonu

Jest podana ta informacja, 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. 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

Jest 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

Godzina wypadku

2. Miejsce wypadku:

3. Planowana godzina rozpoczęcia pracy w dniu wypadku

Planowana godzina zakończenia pracy w dniu wypadku

4. Rodzaj doznanych urazów

URAZ BARKU ODRZĘDZIŁO CI LEWEJ  
REXI

5. Szczegółowy opis okoliczności, miejsca i przyczyn wypadku

DZIA 20.04.2015. TRZE ROZCIĄŻANIE GŁOWY ODRZĘDZIŁO  
GODZIN 12.00 CHCIAŁAM ZDJĄĆ DOKUMENTY KNIĘCOWE I SEGREGA-  
TOREM WIĘC WESZŁAM NA DRABINKĘ O TRZECH STOPNIACH  
I WYKONAŁAM ZACH TRZYMAJĄC SEGREGATOR W RĘKU JAK  
PRZESUNĘŁAM NOGĘ KU KRÓWIEDZI DRABINKI I STRACIŁAM  
RÓWNOWAGĘ. RÓŻEN Z DOKUMENTAMI WPADEŁAM NA LEWY  
BARK. TO CHWILI DO MOJEGO GABINETU WESZŁA PANA ANILUR  
Z PYTANIEM CO SIĘ STĄDO. OPÓDZIAŁAM KONTYNUOWAŁAM  
TRACIE MYŚLAĆ ŻE TO TYLKO SIEKNIENIE KOLEJNE DLA MIE TRZEBIŁO  
ZEY PORADY WIĘC WIDZIAŁAM ŻE DO LEKARZA KIDRY WSTĄPIŁAM  
WIELEBOWANTIE DO PORADNI CHIRURGICZNEJ. DZIA 06.05.2015  
WYDAŁO LEKARZ ZIMIFERDAŁ URZĄD BARKU, RÓWNOCIAR-240 I POLICJA I KIEROWNIK

Podaj szczegółowy opis okoliczności, miejsca i przyczyn wypadku 121 ORTOPEDY

6. Czy była udzielona pierwsza pomoc medyczna:

☐

TAK

☒

NIE

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	<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

Świadek wypadku - 2

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

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:

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

Do 

dd	mm	rrrr
----	----	------

 zobowiązuje się dostarczyć następujące dokumenty:

1.
2.
3.
4.
5.
6.
7.
8.

#### Sposób odbioru odpowiedzi

☐ w placówce ZUS (osobście 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	0	8	2	0	2	1
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>