

**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 gospodarczą,
  - współpracuje przy prowadzeniu pozarolniczej działalności,
  - wykonuje pracę na podstawie umowy uaktywniającej (jako niania).
- Ustalimy wówczas okoliczności i przyczyny wypadku.

Wypełniono	2025 - 09 - 02	4
SEL		1 sat.
Nr z rej.	(5)	0

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 osoby poszkodowanej**

Ulica

Numer domu

Kod pocztowy

Gmina/ dzielnica

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

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 pozarolniczą działalność albo współpracuje przy prowadzeniu takiej działalności

Ulica

Numer domu

Kod pocztowy

Gmina/ dzielnica

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

Gmina/ dzielnica

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

Imię

Nazwisko

Data urodzenia

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

Kod pocztowy

Gmina/ dzielnica

Nazwa państwa

**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		
Numer domu		Numer lokalu
Kod pocztowy		
Gmina/ dzielnica		
Nazwa państwa		

Podaj, jeśli Twój adres jest inny niż polski

**Informacja o wypadku**

1. Data wypadku 

1	1	0	7	2	0	2	5
dd	/	mm	/	rrrr			

 Godzina wypadku 

12	30
----	----
2. Miejsce wypadku
3. Planowana godzina rozpoczęcia pracy w dniu wypadku 

7	30
---	----

 Planowana godzina zakończenia pracy w dniu wypadku 

16	45
----	----
4. Rodzaj doznań urazów  
*Złamanym żebrom*  

Wypełniono	2025-09-02	.....
Nr rej. ....		

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

Dnia 11.07.2025 ols. godz. 12 30 wchodzić na piętro porządkujący towar dla klienta, schodząc po schodach się i spadłem z schodów ro skutkowało złamaniem żebra. Klient poniósł mi się podnieść i podniąć spotykały go kleszcze m. krew z ust. Ok. godziny 11<sup>2</sup> zaczął bolić mnie żeb i zdecydowanie wydawało się po dłuższych żeby nie przychodził lekarz bez skutecznego leczenia.

Pryjściu i stanievdułaże że żebra mi da się usunąć i było go zmuszone usunąć.

Podaj szczegółowy opis okoliczności, miejsca i przyczyn wypadku

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

Nazwisko

Ulica

Numer domu

Kod pocztowy

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/ 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 innego (np. po śmierci urodzenia, skrócony odpis aktu małżeństwa, pełnomocnictwo)
- inne dokumenty:

Wypełniono 2025-09-02

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 do korespondencji  
wskazany we wnioskuna moim koncie na Platformie  
Uslug Elektronicznych (PUE ZUS)

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

Data

0 | 2 | 0 | 9 | 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://blp.zus.pl/rodo>