

## 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 olówkiem)

### Dane osoby poszkodowanej

PESEL	<input type="text"/>				
Rodzaj, seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość	<input type="text"/>				
Imię	<input type="text"/>	/	<input type="text"/>		
Nazwisko	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
Data urodzenia	<input type="text"/>				
	dd	/	mm	/	rrrr
Miejsce urodzenia	<input type="text"/>				
Numer telefonu	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
<small>Jesli podasz w tym miejscu, oznacza to konieczność Twojej sprawie. To pole jest dobrowolne</small>					

### Adres zamieszkania osoby poszkodowanej

Ulica	<input type="text"/>		
Numer domu	<input type="text"/>	Numer lokalu	<input type="text"/>
Kod pocztowy	<input type="text"/>		
Nazwa państwa	<input type="text"/>		
<small>Podaj, jeśli adres jest inny niż polski</small>			

### 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	<input type="text"/>		
Numer domu	<input type="text"/>	Numer lokalu	<input type="text"/>
Kod pocztowy	<input type="text"/>	Miejscowość	<input type="text"/>

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

1	0	0	1	2	0	2	b
dd	/	mm	/	rrrr			

Godzina wypadku

11	40
.	- dk,

2. Miejsce wypadku

3. Planowana godzina rozpoczęcia pracy  
w dniu wypadku

8	00
v	

Planowana godzina zakończenia pracy  
w dniu wypadku

16	00
v	

**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

j.w.

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

j.w.

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

## 4. Rodzaj doznań urazów

Calkowite zwichtanie zgub 31,41 ,  
uraz zwichtanie zgub 32,42 .

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

Dnie 15.01.2025 wykonuję pracę remontową, rozbudowę 2 permisji remontowanej, jednym ślimakiem, na skutek poślizgnięcie się o mrożonej aluminium przejazdzie. Pomiernie 2 klocki rozbudową leżały niskie ok. 130 cm, umiejscowieniem się machygic, zatrzymując moje o propulsji drzwi techniczne głoszane).

Po zdobyciu już dalej nie przejadłem i pojedenałem obok domu. Do lekarek skontaktowałem się me 23.01.2025.

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

Nie .

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/ 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:

Podaj jakie, np. dokumenty dotyczące udzielonej pomocy medycznej, umowa na wykonywaną usługę, faktura, rachunek, notałka 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 zaświadczenie podaje zgodnie z prawdą, co potwierdzam złożonym podpisem.

Data

0	4	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 Internetowej ZUS pod adresem: <https://blp.zus.pl/rodo>