



## ZAWIADOMIENIE O WYPADKU

### Instrukcja wypełniania

Wypełnij ten formularz i przekaż go do nas, jeśli wypadkowi przy pracy/ w 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.

Wystąpiło	2025 -08- 07	L. zat.
-----------	--------------	---------

Zanim wypełnisz formularz, zapoznaj się z dołączoną do niego Informacją.

1. Wypełnij WIELKIMI LITERAMI
2. Wypełnij kolorem czarnym lub niebieskim (nie olówkiem)
3. Pola wyboru zaznacz znakiem X

Nr .....	(47)
----------	------

### Dane osoby poszkodowanej

PESEL

Rodzaj, seria i numer dokumentu polwierdzającego tożsamość

Imię

Nazwisko

Data urodzenia

dd / mm / rrrr

Miejsce urodzenia

### Adres zamieszkania osoby poszkodowanej

Ulica

Numer domu

Numer lokalu

Kod pocztyowy

Miejscowość

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 pocztyowy

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

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**Adres sprawowania opieki nad dzieckiem w wieku do lat 3**

Podaj, jeśli poszkodowany wykonuje pracę na podstawie umowy uaktywniającej (jako nielana)

Ulica

Numer domu

Numer lokalu

Kod pocztowy

Miejscowość

Gmina/ dzielnica

Numer telefonu

Jeśli podasz nam tę informację, ułatwia 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, ułatwia 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

Gmina/ dzielnica

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				
Numer domu	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Numer lokalu	<input type="text"/>
Kod poczty	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Miejscowość	<input type="text"/>
Gmina/ dzielnica	<input type="text"/>			
Nazwa państwa	<input type="text"/>			

Podaj, jeśli Twój adres jest inny niż polski

**Informacja o wypadku**

1. Data wypadku	<table border="1"> <tr> <td>2</td><td>3</td><td>0</td><td>7</td><td>2</td><td>0</td><td>2</td><td>5</td> </tr> <tr> <td>dd</td><td>/</td><td>mm</td><td>/</td><td>rrrr</td><td>/</td><td></td><td></td> </tr> </table>	2	3	0	7	2	0	2	5	dd	/	mm	/	rrrr	/			Godzina wypadku	<table border="1"> <tr> <td>14:40</td> </tr> </table>	14:40
2	3	0	7	2	0	2	5													
dd	/	mm	/	rrrr	/															
14:40																				
2. Miejsce wypadku	<input type="text"/>																			
3. Planowana godzina rozpoczęcia pracy w dniu wypadku	<table border="1"> <tr> <td>8:00</td> </tr> </table>	8:00	Planowana godzina zakończenia pracy w dniu wypadku	<table border="1"> <tr> <td>16:00</td> </tr> </table>	16:00															
8:00																				
16:00																				
4. Rodzaj doznanych urazów	<p>S52.1 - Zlamanie nasady bliższej kości promieniowej, lewej zlamanie nosa stłuczenie obu nadgarstków</p>																			

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

W dniu 23.07.2025 rozpoczęłam pracę około godziny 8:00 i miałam zakończyć koło 16:00. Moja praca polega na prowadzeniu działalności gospodarczej wraz z fizycznym wykonywaniem czynności związanych z wykonaniem pomieszczeń oraz budynków użyteczności publicznej oraz domów jednorodzinnych (zakres moich prac jest uzależniony od zamówienia ustalonego z inwestorem). Przez cały dzień zajmowałam się montażem sufitu padwieszanego w systemie lekkiej zabudowy z tzw. lamel. Około godziny 14:00 wyszłam na zewnątrz budynku (hala sportowa w Ilży, gdzie wykonywalem pracę wykończeniową), po materiałach montażowych (poruszając się po terenie z czarzem i piaskiem i pozostającymi po budowie (nieuregulowany teren budowlany) następnie po wejściu na korytarz hali weszłam na drabinę rozstawianą (podczas wchodzenia poślizgnąłem się na skutek zaniejczyszczenia spódów obuwia w którym pracowałem), następnie upadłem na pozłom posadzki betonowej. Po całym zdarzeniu inny pracownik budowy (inna firma) podszedł do mnie i udzielił mi pomocy w postaci poinformowania pogotowia ratunkowego, które przyjechało dość szybko i udzieliło mi fachowej pomocy medycznej. Mój upadek nastąpił z wysokością około 2m na posadzkę. Przed rozpoczęciem pracy obejrzałem drabinę której jestem właścicielem (drabina nie posiada żadnych uszkodzeń/ oraz jest w pełni sprawna). Świadkiem zdarzenia był  . Na miejscu były obecne: policja, pogotowie ratunkowe.

Podaj szczegółowy opis okoliczności, miejsca i przyczyn wypadku

**6. Czy była udzielona pierwsza pomoc medyczna:**

TAK



NIE

 Szpital Specjalistyczny im. dr. 

Jeśli TAK, podaj nazwę i adres placówki służby zdrowia

## 7. Organ, który prowadził postępowanie w sprawie wypadku

Policja w Iłży

Podaj nazwę i adres organu, który prowadził postępowanie w sprawie wypadku (np. policja, prokuratura)

## 8. Czy wypadek powstał podczas obsługi maszyn, urządzeń:



TAK



NIE

Drabina rozstawnia zakupioną jako nową w 2024r.

Jeśli TAK, podaj czy maszyna, urządzenie były sprawne i użytkowane zgodnie z zasadami producenta i w jaki sposób

## 9. Czy maszyna, urządzenie posiada akt/ 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

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 poczty		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 innej niż poszkodowany (m.in. skrócony odpis aktu urodzenia, skrócony odpis aktu małżeństwa, pełnomocnictwo)
- inne dokumenty:

Karta informacyjna z 23.07.2025

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

Do

0	4	0	8	2	0	2	5
dd	/	mm	/	rrrr			

zobowiązuję się dostarczyć następujące dokumenty:

1. Zapis wyjaśnień poszkodowanego

2. Wniosek o sporządzenie karty wypadku

3. Zapis wyjaśnień świadka

4. Kopia umowy

5. Kopia badań lekarza medycyny pracy

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  
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	4	0	8	2	0	2	5
dd	/	mm	/	rrrr			

Złożony 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://hip.zus.pl/rodo>