



ZAKŁAD
UBEZPIECZEŃ
SPOŁECZNYCH

FORMULARZ UBEZPIECZENIA

Zawiadomienie o wypadku

Wpłynęło 2025 -08- 1

Instrukcja wypełniania

Nr (re).....

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.

Wpl.
SOK 18 SIE. 202

Nr Ref.

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

Dane osoby poszkodowanej

PESEU

Rodzaj, seria i numer dokumentu
potwierdzającego tożsamość

Imię

Nazwisko

Data urodzenia

dd / mm / rrrr

Miejsce urodzenia

Numer telefonu

Jeśli podasz 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 ostatniego miejsca zamieszkania w Polsce / adres miejsca pobytu

Podaj adres ostatniego miejsca zamieszkania w Polsce, jeśli obecnie mieszkasz za granicą, ale wcześniej mieszkales 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

Wpł.
SOK

18 SIE. 2025

L. zał.

Sygn. Rej.

Nr Rej.

(2)

EWYP

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



poście restante



skrytka pocztowa



przegródka pocztowa

Jeśli jako sposób korespondencji wybierzesz:

poście 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 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

2

Wpł. SOK 18 SIE. 2025

YCH K

EWYP

Nr Rej. (2)

Data urodzenia dd / mm / rrrr 2025-08-19

Numer telefonu

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

Nr rej.

Adres zamieszkania osoby, która zawiadamiła 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 zawiadamiła 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 zawiadamiła 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 ☐ poczta restante ☐ skrytka pocztowa ☐ przegródka pocztowa

Jeśli jako sposób korespondencji wybierzesz:

- pocztę 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 02.08.2025 Godzina wypadku 14.00

2. Miejsce wypadku

3. Planowana godzina rozpoczęcia pracy w dniu wypadku 7.00 Planowana godzina zakończenia pracy w dniu wypadku 17.00

18 SIE. 2025

EWYP

Nr Rej. (2)

4. Rodzaj doznanych urazów

ŁAMANIE DURSZEJ KOŚCI PROMIENIOWEJ
REKI PRAWEJ

6. Szczegółowy opis okoliczności, miejsca i przyczyn wypadku

PODRAZ KUKONYWANIA UŚCIECI SIEM NA DAWCIN
STOPNIU DAWCIN I UKŁADAN PALCACH NA SIFIE
K KORUTARZU MIESZKANIA KLIENTA. ZESUAGNETA MI SIĘ
STOPIA ZE STOPNIA DAWCIN, UPADŁEM NA REKĘ PRAWĄ.
PODRAZ UPADKU DOZNAŁEM URAZU RĘKI CO UNIEMOŻLIWIŁO
MI KUKONYWANIE DALSZYCH PRAC J KLIENTA.

Podaj szczegółowy opis okoliczności, miejsca i przyczyn wypadku

6. Czy była udzielona pierwsza pomoc medyczna:



TAK



NIE

HOLENÓDZKI SZPITAL ZESPÓŁOWY

Jeśli TAK, podaj nazwę i adres placówki służby zdrowia

7. Organ, który prowadził postępowanie w sprawie wypadku

NIE DOTYCZY

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

Wpł.
SOK

18 SIE. 2025

EWYP

Dane świadków wypadku

Nr Rej.

(2)

ZAKŁA

Świadek wypadku – 1

Imię

2025-08-19

Nazwisko

Ulica

Numer domu

Numer lokalu

Kod pocztowy

Miejscowość

Nazwa państwa

Podać, jeśli adres świadka jest inny niż polski

Świadek wypadku – 2

Imię

Nazwisko

Ulica

Numer domu

Numer lokalu

Kod pocztowy

Miejscowość

Nazwa państwa

Podać, jeśli adres świadka jest inny niż polski

Świadek wypadku – 3

Imię

Nazwisko

Ulica

Numer domu

Numer lokalu

Kod pocztowy

Miejscowość

Nazwa państwa

Podać, jeśli adres świadka jest inny niż polski

Załączniki



ksierokopia karty informacyjnej ze szpitala/ zaświadczenia o udzieleniu pierwszej pomocy z pogotowia ratunkowego wraz z wywiadem



ksierokopia postanowienia prokuratury o wszczęciu postępowania karnego lub zawieszeniu/ umorzeniu postępowania



ksierokopia statystycznej karty zgonu lub zaświadczenia lekarskiego stwierdzającego przyczynę zgonu, skrócony odpis aktu zgonu (w przypadku wypadku ze skutkiem śmiertelnym)

Wpł. SOK	18 SIE. 2025	1. 3. 2025 Synt. Kon.
Nr Rej.		

EWYP

☐ dokumenty potwierdzające prawo do wydania karty wypadku osobie innej niż poszkodowany (m.in. skrócony odpis aktu urodzenia, skrócony odpis aktu małżeństwa, pełnomocnictwo)

☒ Inne dokumenty:

Kopia faktury za wykonaną usługę

Podaj jakto, np. dokumenty dotyczące udzielonej pomocy medycznej, umowa na wykonywaną usługę, faktura, rachunek, notatka z policyj, 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 zawiadomieniu podaję zgodnie z prawdą, co potwierdzam złożonym podpisem.

Data

13	08	2025
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 65/48/WE (RODO), są dostępne w centrali lub terenowych jednostkach organizacyjnych ZUS oraz na stronie internetowej ZUS pod adresem: <https://bip.zus.pl/rodo>