

Zawiadomienie o wypadku

2025-09-17

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 uaktywniającej (jako niania)

Ustalmy wówczas okoliczność i przyczyny wypadku.

Zanim wypełnisz formularz, zapoznaj się z dołączoną do niego Informacją 025 - 09-112

Z 1
SED

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

Dane osoby poszkodowanej

PESEL

Rodzaj, seria i numer dokumentu potwierdzającego lożsamość

Imię

Nazwisko

Data urodzenia

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 lub innego kraju 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

Numer domu

Kod pocztowy

Numer lokalu

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 skrytką pocztową 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 lok.	
Kod pocztowy		Miejscowość Województwo	4825 - 04-12
Nazwa państwa			
Podaj, jeśli Twój adres jest inny niż polski.			

Adres miejsca prowadzenia działalności

Podaj, jeśli poszkodowany prowadzi pozarodniczą działalność albo współpracuje przy prowadzeniu takiej działalności

Ulica			
Numer domu		numer lokalu	
Kod pocztowy		Miejscowość	
Numer telefonu			
Tą pole jest dobrowolne.			

Adres sprawowania opieki nad dzieckiem w wieku do lat 3

Podaj, jeśli poszkodowany wykonuje pracę na podstawie umowy opieki nad dzieckiem (np. jako niania)

Ulica			
Numer domu		Numer lokalu	
Kod pocztowy		Miejscowość	
Numer telefonu			
Jeśli podasz tutaj numer, powróci nam to kontakt w Twojej sprawie. Ta 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 / rr

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 poczty

Miejscowość

Nazwa państwa

2025 - 09 - 12

Podaż, 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 poczty

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 pośle reszte skrytkę pocztową przegródkę pocztową

Jeśli jako sposób korespondencji wybierzesz:

- poste restante, podaj jedyne 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 poczty wpisz kod pocztowy placówki oraz w polu Miejscowość wpisz nazwę placówki pocztowej.

Ulica

Numer domu

Numer lokalu

Kod poczty

Miejscowość

Nazwa państwa

Podaż, jeśli Twój adres jest inny niż polski

Informacja o wypadku

1. Data wypadku

01 09 2025

Godzina wypadku

13:00

dd / mm / rr

2. Miejsce wypadku

Planowana godzina rozpoczęcia pracy
w dniu wypadku

9:00

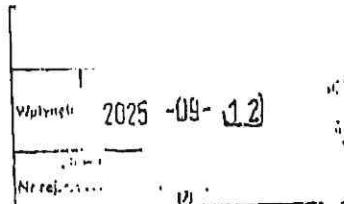
Planowana godzina zakończenia pracy
w dniu wypadku

16:00

4. Rodzaj doznań urazów

zdramanie poduchy i gemic ze stanem okolozym, zdramanie innych części poduchy

5. Szczegółowy opis okoliczności, miejsca i przyczyn wypadku

KEDVUS OSŁADZENIA PODUCHOWEGO

Podaj szczegółowy opis okoliczności, miejsca i przyczyn wypadku

6. Czy była udzielona pierwsza pomoc medyczna: TAK NIE

HOSPITAL POMIOTOWY

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 maszyny, urządzenia 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 poczty		Miejscowość
Nazwa państwa		
Podaj, jeśli adres świadka jest inny niż polski		

Świadek wypadku – 2

Imię		
Nazwisko	2025 09.12	
Ulica	Nr rej. 71	
Numer domu		Numer lokalu
Kod poczty		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 wywiadom
- Kserokopia postanowienia prokuratury o wszczęciu posłopowania karnego lub zwłoszeniu/ umorzeniu posłopowania
- Kserokopia stałyucznej 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, notaika z policji, ksero mandatu karmego itp.

Do

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

 zobowiązuję się dostarczyć następujące dokumenty:

1.
 2.
 3.
 4.
 5.
 6.
 7.
 8.
- 2025-05-12

Sposób odbioru odpowiedzi

- w placówce ZUS (osobiście lub przez osobę upoważnioną) pocztą na adres wskazany we wniosku na momencie na Platformie Usług Elektronicznych (PUE ZUŚ)

Oświadczam, że dane zawarte w zaświadczenie podaje zgodnie z prawdą, co potwierdzam złożonym podpisem.

Data

10	09	2015
----	----	------

dd / mm / rrrr

Informacja, o której 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://bio.zus.pl/rodo>