



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 ołówkiem)

ZAKŁAD UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH		
Wypełniono	2025 -08- 30	5
02 02		
Nr Rej. (2)		

Dane osoby poszkodowanej

PESEL []

Rodzaj, seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość []

Imię []

Nazwisko []

data urodzenia []

Miejsce urodzenia []

Numer telefonu []

Jesli podasz tę informację, uratuj 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 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 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	ZAKŁAD UBEZPIECZEŃ SOCjalnych Gdańsk w Internecie		
Numer domu	Numer lokalu	Wypełnione	2025 - 09 - 30
Kod pocztowy	Miejscowość	Lata.	
Nazwa państwa		Nr Rej. (2)	

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			
Kod pocztowy			
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							

Data urodzenia dd / mm / yyyy

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 <input type="text"/>	ZAKŁAD UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH <input type="text"/>
Numer domu <input type="text"/>	Numer lokalu <input type="text"/>
Kod pocztyowy <input type="text"/>	Miejscowość 2025 - 09 - 30 <input type="text"/> L. z. 11
Nazwa państwa <input type="text"/>	
Podaj, jeśli Twój adres jest inny niż polski (2) <input type="text"/>	

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

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 postę restante skrytkę pocztową przegródka pocztowa

Jeśli jako sposób korespondencji wybierzesz:

- postę 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 pocztyowy wpisz kod pocztowy placówki oraz w polu Miejscowość wpisz nazwę placówki pocztowej).

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

Informacja o wypadku

1. Data wypadku <input type="text"/> Pełna data (dd/mm/yyyy) dd / mm / yyyy	Godzina wypadku <input type="text"/> 14.00
2. Miejsce wypadku <input type="text"/>	
3. Planowana godzina rozpoczęcia pracy w dniu wypadku <input type="text"/> 08.00	Planowana godzina zakończenia pracy w dniu wypadku <input type="text"/> 16.00

4. Rodzaj doznań urazów

ZŁAMANIE 4 KOŚCI ŚRÓDRĘCZA Z PRZEMIESZCZENIEM

5. Szczegółowy opis okoliczności, miejsca i przyczyn wypadku

Poszkodowana w dniu wypadku po weryfikacji i przyjęciu oraz wydaniu do realizacji zamówień na dany dzień około godziny 14.00 udała się na halę produkcji sprawdzić gotowe wyroby ich ilość i jakość oraz zweryfikować stan magazynu aby podjąć decyzję co do dalszej produkcji. Biuro w którym znajduje się stanowisko pracy poszkodowanej znajduje się na piętrze budynku. Aby udać się na halę produkcyjną należy zejść po schodach. Poszkodowana schodząc szybkim krokiem, w pewnym momencie na skutek poślouchu pominięła ostatni stopień schodów w wyniku czego straciła równowagę i upadła na twardy podłoż. Ratując się poszkodowana odruchowo podparła się rękoma. Poszkodowana poczuła ból w prawej dłoni, myśląc że utrzymujący się ból to chwilowy efekt uderzenia udało się na halę produkcyjną kontynuując pracę. Po powrocie do biura ból był ciągle odczuwalny, poszkodowana poinformowała współpracownicę i jednocześnie wspólniczkę o zaistniałym zdarzeniu. Po zakończonej pracy poszkodowana udała się do domu, z myślą iż ból minie zastosował zimne okłady. W godzinach wieczornych ból w dalszym ciągu utrzymywał się, pojawił się obrzęk, poszkodowana podjęła decyzję o udaniu się na Izbę Przyjęć do Szpitala w celu konsultacji lekarskiej.

ZAKŁAD UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH

Podaj szczegółowy opis okoliczności, miejsca i przyczyn wypadku

6. Czy była udzielona pierwsza pomoc medyczna:

 TAK

Wstępnie	2025	-09-	30	Lek.
	NIE			

SZPITAL

Nr Rej. (2)

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

EWYP

Dane świadków wypadku

Świadek wypadku – 1

Imię

Nazwisko

Ulica

Numer domu

Kod poczty

Nazwa państwa

Podaj, jeśli adres świadka jest inny niż polski

Świadek wypadku – 2

Imię

Nazwisko

Ulica

Numer domu

Kod poczty

Nazwa państwa

Numer lokalu	
Wpłynęło	20/25 -09- 3.0
Miejscowość	L. zat.

Nr Rej. (2)

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:

CEWRG

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

Do

dd	/	mm	/	rrrr	

 zobowiązuję się dostarczyć następujące dokumenty:

1.
2.
3. ZAKRES
4. Wypełniono 2025 -09- 30
5.
6. Nr Rej. (2)
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 podaje zgodnie z prawdą, co potwierdzam złożonym podpisem.

Data

dd	/	mm	/	rrrr	

 2025 -09- 30

Tożsamość ustalono
na podstawie
lokalizacji złożenia
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 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>