



## Zawiadomienie o wypadku

Wpłynęło	2025-05-20
Nr RP w drodze do prac	

### Instrukcja wypełniania

Wypełnij ten formularz i przekaz go do nas, jeśli wypadkowi przy pracy/ wypadkowi w drodze do 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)

### Dane osoby poszkodowanej

Nr karty

PESEL

Rodzaj, seria i numer dokumentu  
potwierdzającego tożsamość

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

Tożsamość ustalono na podstawie dokumentu tożsamości

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

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 wydobycie, 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 nielan)

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

Imię

Nazwisko

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 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

--

**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

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

Godzina wypadku

13.20
-------

2. Miejsce wypadku

--

3. Planowana godzina rozpoczęcia pracy w dniu wypadku

11:00
-------

Planowana godzina zakończenia pracy w dniu wypadku

17:00
-------

## 4. Rodzaj doznanych urazów

Wielodziałowe, przetawione stamowce  
koniec dalszego kości promieniowej prawej  
wielodziałowe kompresyjne stamowce  
kości piszczelowej lewej

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

Wtorek. 24.04.2023 r. W. przjechał do miejscowości  
w celu montażu systemu alarmowego.  
W czasie wykonywania instalacji wchodząc na  
klatkę po drabinie klatki i drabinie osłonek nie  
nie ściągając poręczami podłogi. W wyniku osłonek  
upadł z ok. 3m na podłogę stając tym  
samym przez rękę i lewą nogę. Na miejscu był  
obraz śladów, który został kasetą  
na miejscu zdarzenia przyjęła policja z  
kasetą z ostatnim odwołaniem do raportu

Podaj szczegółowy opis okoliczności, miejsca i przyczyn wypadku

## 6. Czy była udzielona pierwsza pomoc medyczna:

☒ TAK

☐ NIE

Spita

Jeśli TAK, podaj nazwę i adres placówki służby zdrowia

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

Policja

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

Nazwisko

Ulica

Numer domu

Kod pocztowy

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 pocztowy  Miejscowość

Nazwa państwa

Podaj, jeśli adres świadka jest inny niż polski

**Załączniki**

- ☐ kserokopia karty informacyjnej ze szpitala/ zaświadczenia 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 leczenia szpitalnego

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

Do 

3	0	0	5	2	0	2	5
dd		mm		rrrr			

 zobowiązuje się dostarczyć następujące dokumenty;

1. Karta SOL z (szpital)
2. rehabilitacja
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 

2	0	0	5	2	0	2	5
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 95/46/WE (RODO), są dostępne w centrali lub terenowych jednostkach organizacyjnych ZUS oraz na stronie internetowej ZUS pod adresem: <https://bip.zus.pl/rodo>