

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.

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

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

Wpłynęło	2025 -08- 07	L. zał.
Nr (47)		

Dane osoby poszkodowanej

PESEL	
Rodzaj, seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość	
Imię	
Nazwisko	
Data urodzenia	dd / mm / rrrr
Miejsce urodzenia	liża

Adres zamieszkania osoby poszkodowanej

Ulica			
Numer domu		Numer lokalu	
Kod pocztowy		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 pocztowy		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 niania)

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**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, 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	
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		Numer lokalu	
Kod pocztowy		Miejscowość	
Gmina/ dzielnica			
Nazwa państwa			

Podaj, jeśli Twój adres jest inny niż polski

Informacja o wypadku

1. Data wypadku	2	3	0	7	2	0	2	5	Godzina wypadku	14:40
	dd		mm		rrrr					
2. Miejsce wypadku										
3. Planowana godzina rozpoczęcia pracy w dniu wypadku	8:00	Planowana godzina zakończenia pracy w dniu wypadku	16:00							
4. Rodzaj doznanych urazów	S52.1 - Złamanie nasady, bliższej kości promieniowej, lewej złamanie nosa stłuczenie obu nadgarstków									

5. Szczegółowy opis okoliczności, miejsca i przyczyn wypadku

W dniu 23.07.2025 rozpocząłem pracę około godziny 8:00 i miałam zakończyć około 16:00. Moja praca polega na prowadzeniu działalności gospodarczej wraz z fizycznym wykonywaniem czynności związanych z wykończeniem pomieszczeń oraz budynków użyteczności publicznej oraz domów jednorodzinnych (zakres moich prac jest uzależniony od zamówienia ustalonego z inwestorem). Przez cały dzień zajmowałem się montażem sufitu podwieszanego w systemie lekkiej zabudowy z tzw. lameli. Około godziny 14:00 wyszedłem na zewnątrz budynku (hala sportowa w Iłży, gdzie wykonywałem prace wykończeniowe), po materiałach montażowych (poruszając się po terenie z czarnym piaskiem i pozostałościami po budowie (nieuregulowany teren budowlany) następnie po wejściu na korytarz hali, wszedłem na drabinę rozstawną (podczas wchodzenia pośliznąłem się na skutek zanieczyszczenia spódni obuwia w którym pracowałem), następnie upadłem na poziom 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 wysokości około 2m na posadzkę. Przed rozpoczęciem pracy obejrzałem drabinę której jestem właścicielem (drabina nie posiada żadnych uszkodzeń oraz jest w pełni sprawna). Świadkiem zdarzenia by [] 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 liży

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 rozstawna zakupiona jako nowa 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 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

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 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 z 23.07.2025

Podaj jakie, np. dokumenty dotyczące udzielonej pomocy medycznej, umowa na wykonywaną usługę, faktura, rachunek, notatka 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 Usług 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	

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>