



ZAKŁAD
UBEZPIECZEŃ
SPOŁECZNYCH

WYP

Zawiadomienie o wypadku

2025-07-08
5
WFM
2021

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 umiawniającej (jako niemia).
- 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 niebieskim (nie ołówkiem)

Wpływ do CBS
2025-07-16
numer /ZAA/ rok

Dane osoby poszkodowanej

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
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 mieszkaliśmy 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 ☐ 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 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

Data urodzenia:

dd / mm / rrrr

Wzrost

2005-07-08

Uwagi

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. Twój adres do korespondencji jest inny niż adres zamieszkania / adres ostatniego miejsca zamieszkania w Polsce / adres miejsca pobytu

☐

adres

☐

poście restante

☐

skrytka pocztowa

☐

przegrodka pocztowa

Jeśli jako sposób korespondencji wybierzesz:

- poście restante, podaj jedynie kod pocztowy placówki pocztowej oraz w polu Miejscowość wpisz nazwę tej placówki,
- skrytkę pocztową / przegrodkę pocztową, w polu Numer domu wpisz numer skrytki/przegrodki, 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

04 07 2025

Godzina wypadku

8:30

2. Miejsce wypadku

3. Planowana godzina rozpoczęcia pracy w dniu wypadku

7:00

Planowana godzina zakończenia pracy w dniu wypadku

15:00

4. Rodzaj doznanych urazów

BÓL PRAWEJ STRONY CIAŁA, ZŁAMAŁA OKOUC
ZĘBER, NIDDO ~~WYKŁAD~~ PRAWEJ BOKU BRUCHA
ZŁAMANIE ~~ZĘBIA~~ XI PO PRAWEJ STRONIE

5. Szczegółowy opis okoliczności, miejsca i przyczyn wypadku

W MIEJSCU PRACY, RYCI PODRAZS BUDOWY JACHTU
PRZY WYKŁADANIU PRAC STANISKICH NA GÓRNYM
POKŁADZIE PRZECHODZĄC PRZED NIJŚCIE NA DEJÓB
KATAMARANU MIAŁ MIEJSCE UPADEK DO NIEWIĄŚCINIE
ZABEZPIECZONEGO OTWÓR TECHNICZNY DO KONDYKACJI
PODMEJ GÓRNEGO POKŁADU. SZEROKOŚĆ OTWÓR TO OK
1,5 M. OTWÓR BYŁ PUSTY, ZATRZYMANIE SIĘ NASTĄPIŁO NA
KRAJOWY OTWÓR PRAWA STRONY CIAŁA. ZABEZPIECZENIE OTWÓR NIE NACIĄGAŁO
DO WYKŁADZU PRACOWNIKA

Podaj szczegółowy opis okoliczności, miejsca i przyczyn wypadku

6. Czy była udzielona pierwsza pomoc medyczna:



TAK



NIE

DOJENOWSKI SZPITAL ZESPÓŁOWY N 1

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 pocztowy
Nazwa państwa

SOR	201-07-08	...
...		
...		
...		
Numer lokalu		
Miejscowość		
...		

Podaj, jeśli adres świadka jest inny niż polski

Świadek wypadku – 2

Imię
Nazwisko
Ulica
Numer domu
Kod pocztowy
Nazwa państwa

...	
...	
...	
Numer lokalu	
Miejscowość	
...	

Podaj, jeśli adres świadka jest inny niż polski

Świadek wypadku – 3

Imię
Nazwisko
Ulica
Numer domu
Kod pocztowy
Nazwa państwa

...	
...	
...	
Numer domu	Numer lokalu
Kod pocztowy	Miejscowość
...	

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 zaświadczenia lekarskiego stwierdzającego przyczynę zgonu, akrony odpis aktu zgonu (w przypadku wypadku ze skutkiem śmiertelnym)

EWYP

Wzrost

2015-07-08

L. 72

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

☒ inne dokumenty:

UMOWA O ŚWIĄDZENIE USŁUG

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

Do

dd		mm				rrrr	

zobowiązuje się dostarczyć następujące dokumenty:

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

08	07	20	25
dd		mm	rrrr

Informacja, 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>