

1777 60 71

Zawiadomienie o wypadku**Wniosek złożył
świadczeniobiorca****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)

Dane osoby poszkodowanej

PESEL []

Rodzaj, seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość []

Imię []

Nazwisko []

Data urodzenia []

Miejsce urodzenia []

Numer telefonu []

To pole jest dobrowolne

Adres zamieszkania osoby poszkodow

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

Numer domu

Kod pocztowy

Nazwa państwa

Adres miejsca prowadzenia pozarolnicz

Podaj, jeśli poszkodowany prowadzi pozarolniczą dzi:

Ulica

Numer domu

Kod pocztowy

Numer telefonu

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, ułatw 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

Numer telefonu

Adres zamieszkania osoby, która zawiadamia o wypadku

Wypełnij, jeśli jesteś inną osobą niż poszkodowany

Ulica

Numer domu

Kod pocztowy

Nazwa państwa

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 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

Kod pocztowy

Nazwa państwa

Informacja o wypadku

1. Data wypadku

| | | | | | | | |
|----|---|----|---|-----|---|---|---|
| 2 | 6 | 0 | 5 | 2 | 0 | 2 | 5 |
| dd | / | mm | / | rrr | | | |

Godzina wypadku

14

2. Miejsce wypadku

I

3. Planowana godzina rozpoczęcia pracy
w dniu wypadku

8

Planowana godzina zakończenia pracy
w dniu wypadku

16

4. Rodzaj doznanego urazu

Skręcenie stawu kolanowego.

5. Szczegółowy opis okoliczności, miejsca i przyczyn wypadku

Dnia 26.05.2025 na zlecenie firmy _____, NIP _____

wykonywałem w siedzibie firmy rozszerzenie systemu monitorowania o kolejną kamerę. Dołączam fakturę za wykonywane zlecenie. Pod koniec montażu schodząc z małej, metrowej drabinki która stała na stabilnym podłożu z kostki brukowej postawiłem prawą nogę na kostce a drugą lewą nogę na kamyczkach z których wykonany jest cały parking. Niestety nogą pechowo straciła stabilność co doprowadziło do skręcenia kolana. Prace wykonywałem sam niestety nie było żadnych światków. Ból nie ustępował więc udałem się do lekarza pierwszego kontaktu który skierował mnie do ortopedii. Czas oczekiwania na wizytę to aż trzy miesiące. Ortopeda z kolei dał skierowanie na badanie rezonansem które wykonałem. Obecnie czekam na dalsze leczenie.

Podaj szczegółowy opis okoliczności, miejsca i przyczyn wypadku

6. Czy była udzielona pierwsza pomoc medyczna:

TAK

NIE

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, prokuratoria)

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 | <input type="text"/> | |
| Nazwisko | <input type="text"/> | |
| Ulica | <input type="text"/> | |
| Numer domu | <input type="text"/> | Numer lokalu <input type="text"/> |
| Kod pocztowy | <input type="text"/> | Miejscowość <input type="text"/> |
| Nazwa państwa | <input type="text"/> | |

Podaj, jeśli adres świadka jest inny niż polski

Świadek wypadku – 2

| | | |
|---------------|----------------------|-----------------------------------|
| Imię | <input type="text"/> | |
| Nazwisko | <input type="text"/> | |
| Ulica | <input type="text"/> | |
| Numer domu | <input type="text"/> | Numer lokalu <input type="text"/> |
| Kod pocztowy | <input type="text"/> | Miejscowość <input type="text"/> |
| Nazwa państwa | <input type="text"/> | |

Podaj, jeśli adres świadka jest inny niż polski

Świadek wypadku – 3

| | | |
|---------------|----------------------|-----------------------------------|
| Imię | <input type="text"/> | |
| Nazwisko | <input type="text"/> | |
| Ulica | <input type="text"/> | |
| Numer domu | <input type="text"/> | Numer lokalu <input type="text"/> |
| Kod pocztowy | <input type="text"/> | Miejscowość <input type="text"/> |
| Nazwa państwa | <input type="text"/> | |

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:

**FAKTURA ZA USŁUGĘ Z DNIA WYPADKU, HISTORIA ZDROWIA I CHOROBY OD LEKARZA PIERWSZEGO KONTAKTU
C.I. D.G.**

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

Do

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

 zobowiązuję się dostarczyć następujące dokumenty:

1.
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 zaświadczenie podaje zgodnie z prawdą, co potwierdzam złożonym podpisem.

Data

| | | | | | | | |
|----|---|----|---|------|---|---|---|
| 1 | 6 | 0 | 9 | 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>