

Zawiadomienie o wypadku

Instrukcja wypełniania

Wypełnij ten formularz i prześlij 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 niemiecki).
- Ustalimy wówczas okoliczności i przyczyny wypadku.

Zanim wypełnisz formularz, zapoznaj się z dołączoną do niego informacją

Wzrost
Ciężar ciała
18 SIE. 2025
Nr ref...

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

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

Numer lokalu

Miejscowość

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

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 (z tytułu urlopu)

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

Numer telefonu

Jeśli podasz tę informację, ułatwi nam to kontakt w Twojej sprawie.
To pole jest dobrowolne

Adres zamieszkania osoby, która zawiadamiła o wypadku

Wypełnij, jeśli jesteś inną osobą niż poszkodowany

Ulica

Numer domu

Kod pocztowy

Nazwa państwa

Podaj, jeśli Twój adres jest inny niż polski

Wypełnia
Kancelaria

18 SIE. 2025

(3ym. Kancel.)

Numer lokalu

Nr tel. (2)

Miejscowość

Adres ostatniego miejsca zamieszkania w Polsce / adres miejsca pobytu osoby, która zawiadamiła 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

Kod pocztowy

Numer lokalu

Miejscowość

Adres do korespondencji osoby, która zawiadamiła 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



poście restante

*



skrytka pocztowa



przegródka pocztowa

Jeśli jako sposób korespondencji wybierzesz:

- poście 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

Podaj, jeśli Twój adres jest inny niż polski

Numer lokalu

Miejscowość

Informacja o wypadku

1. Data wypadku

0 7 0 8 2 0 2 5
dd / mm / rrrr

Godzina wypadku

12.05

2. Miejsce wypadku

3. Planowana godzina rozpoczęcia pracy
w dniu wypadku

7.00

Planowana godzina zakończenia pracy
w dniu wypadku

17.00

4. Rodzaj doznanych urazów

Powierzchniowy uraz stawu skokowego lewego i stopy,

5. Szczegółowy opis okoliczności, miejsca i przyczyn wypadku

Realizując jak co miesiąc obowiązek dostarczania dokumentów księgowych do biura rachunkowego, którego siedziba jest w godzinie 12.00, podjechałem pod siedzibę biura rachunkowego, wyszedłem z samochodu, wziąłem dokumenty i kierowałem się do biura, idąc z parkingu potknąłem się, źle stawiając nogę między krawężnikiem parkingu a chodnika, i tak od razu zwołałem o pomoc Pań pracujących w biurze, nie mogłem od razu stanąć na nogę z urazem, i z tamtego miejsca od razu udałem się Izbę przyjęć do Szpitala powiatowego w przy ulicy, tam wykonano mi RTG, i z zaleceniem elewacji nogi w spoczynku z okładami.

Podaj szczegółowy opis okoliczności, miejsca i przyczyn wypadku

6. Czy była udzielona pierwsza pomoc medyczna:



TAK



NIE

Izba Przyjęć przy Szpitalu

Jeśli TAK, podaj nazwę i adres placówki służby zdrowia

7. Organ, który prowadził postępowanie w sprawie wypadku

nie dotyczy

Podaj nazwę i adres organu, który prowadził postępowanie w sprawie wypadku (np. policja, prokuratura)

8. Czy wypadek powstał podczas obsługi maszyn, urządzeń:



TAK



NIE

nie dotyczy

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		Wpłynęło Kancelaria	18 SIE. 2025
Nazwisko		Nr rej.	2)
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:

--	--

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

Do

1	4	0	8	2	0	2	5
---	---	---	---	---	---	---	---

 zobowiązuje się dostarczyć następujące dokumenty:

dd / mm / rrrr

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 zawiadomieniu podaję zgodnie z prawdą, co potwierdzam złożonym podpisem.

Data

1	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>