



CEK-1

NIE ZWERYFIKOWANO

EWYP

ZAWIADOMIENIE O WYPADKU

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 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

AAA	26-05-2025
WYPRZEDZONO	
KOD ISOCODE	

Dane osoby poszkodowanej

PESEL

Rodzaj, seria i numer dokumentu potwierdzającego lożsamość

DOWÓD OSOBISTY

Jeśli nie ma numeru PESEL, podaj serię i numer innego dokumentu

Imię

Nazwisko

Data urodzenia

Płeć

M

dd / mm / rr

Miejsce urodzenia

Adres zamieszkania

Ulica

ulicy, 0510
ul. 20-lecia PRL, 10.01

Numer domu

Kod pocztowy

Numer lokalu

Miejscowość

Gmina/ dzielnica

O:

na

POLSKA

Podaj, jeśli adres jest inny niż polski

Adres do korespondencji

Podaj, jeśli adres do korespondencji jest inny niż adres zamieszkania

Ulica

Numer domu

Numer lokalu

Wpływ do SER-1

2025-05-29

Kod pocztowy

Miejscowość

Nie figuruje w ewidencji
zakwaterowania

Gmina/ dzielnica

POLSKA

Podaj, jeśli adres jest inny niż polski

Adres miejsca prowadzenia pozarolniczej działalności

Podaj, jeśli poszkodowany prowadzi albo współpracuje przy prowadzeniu pozarolniczej działalności

Ulica Numer domu Numer lokalu Kod pocztowy Miejscowość Gmina/ dzielnica Numer telefonu POLSKA

Podaj numer telefonu – to ułatwi nam kontakt w tej sprawie

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

Podaj numer telefonu – to ułatwi nam kontakt w tej sprawie

Dane osoby, która zawiadamia o wypadku

Wypełnij jeśli jesteś inną osobą niż poszkodowany

PESEL Rodzaj, seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość Jeśli nie masz numeru PESEL, podaj serię i numer innego dokumentu Imię Nazwisko Data urodzenia dd / mm / rrrr Pleć (K – kobieta/ M – mężczyzna)Numer telefonu

Podaj numer telefonu – to ułatwi nam kontakt w tej sprawie

Adres zamieszkania

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

Podaj, jeśli adres do korespondencji jest inny niż adres zamieszkania
Wypełnij jeśli jesteś inną osobą niż poszkodowany

Ulica

Numer domu

Numer lokalu

Kod poczty

Miejscowość

Gmina/ dzielnica

Nazwa państwa

Podaj, jeśli Twój adres jest inny niż polski

Informacja o wypadku

1. Data wypadku

16 05 2025
dd / mm / rrrr

Godzina wypadku

15.00

2. Miejsce wypadku

3. Planowana godzina rozpoczęcia pracy
w dniu wypadku

8.00

Planowana godzina zakończenia pracy
w dniu wypadku

16.00

4. Rodzaj doznałnych urazów

5.43.0 ZŁAMANIE STAWU RAMIENNEGO
542.2 ZŁAMANIE NASADY BLIŻSZEJ
KOŚCI RAMIENNEJ

5. Szczegółowy opis okoliczności, miejsca i przyczyn wypadku

WYSIADAJĄC Z AUTA CIĘŻAROWEGO NA BAZIE
FIRMY, UPADEM I USZKODZIĘM LEWY BARK

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 (Policja, Prokuratura, inne)

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	POLSKA	
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	POLSKA	
Podaj, jeśli adres świadka jest inny niż polski		

Świadek wypadku – 3

Imię Nazwisko Ulica Numer domu Numer lokalu Kod poczowy Miejscowość Nazwa państwa

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:

Kserokopia faktury za utrudni, które były wykonane pożarem w dniu
Podaj Jaki, np.: dokumenty dotyczące udzielonej pomocy medycznej, umowa na wykonywaną usługę, faktura, rachunek, nota do policji,
ksero mandatu karnego, itp.

Do

dd	/	mm	/	rrrr	

zobowiązuję się dostarczyć następujące dokumenty

1.

2.

3.

4.

5.

6.

7.

Sposób odbioru odpowiedzi

- w placówce ZUS (osobiście lub
przez osobę upoważnioną) pocztą na adres do korespondencji
wskażany we wniosku na moim koncie na Platformie
Uslug 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

27 05 2025

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: <http://blp.zus.pl/rodo/rodo-klaule-informacyjne>