

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 okoliczność 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

ZAKŁAD UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH Oddział w Krakowie

Wypełniono 2025 -05- 19 HLO
L. zat.

Nr Rej. 15010

Dane osoby poszkodowanej

PESEL

Rodzaj, seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość

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

Imię

Nazwisko

Data urodzenia

Płeć

K

dd / mm / rr

Miejsce urodzenia

Adres zamieszkania

Ulica

Numer domu

Numer lokalu

Kod pocztowy

Miejscowość

Gmina/ dzielnica

Nazwa państwa

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- 27

Kod pocztowy

Miejscowość

dzielnica

Państwa

Podaj, jeśli adres jest inny niż polski

Adres miejsca prowadzenia pozarolniczej działalności

Podaj, jeśli poszkodowany prowadzi albo współpracuje przy prowadzeniu pozarolniczej działalności

Ulica

Ulica	
-------	--

Numer domu

--

Numer lokalu

--

Kod pocztowy

--

Miejscowość

--

Gmina/ dzielnica

--

Numer telefonu

--

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

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

Płeć
(K – kobieta/ M – mężczyzna)

K

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 pocztowy

Miejscowość

Gmina/ dziełnica

Nazwa państwa

POLSKA

Podaj, jeśli Twój adres jest inny niż polski

Informacja o wypadku

1. Data wypadku

2	5	0	4	2	0	2	5
dd	/	mm	/	rrrr			

Godzina wypadku

17:40

2. Miejsce wypadku

3. Planowana godzina rozpoczęcia pracy w dniu wypadku

7:00

Planowana godzina zakończenia pracy w dniu wypadku

21:00

4. Rodzaj doznanych urazów

S60 – powierzchowny uraz nadgarstka i ręki;
 S53 - zwichtnięcie, skręcenie i naderwanie stawów i więzadł stawu łokciowego i nadgarstka.

5. Szczegółowy opis okoliczności, miejsca i przyczyn wypadku

W dniach 22-25 kwietnia 2025 roku realizowałam cykl szkoleń z zakresu bezpieczeństwa i higieny pracy w szkołach ponadpodstawowych powiatu sanockiego, w ramach zawartej umowy pomiędzy Dyrektorem Technikum Mechanicznego, a moją osobą, prowadzącą jednoosobową działalność gospodarczą pod nazwą [redagowane] - działalność szkoleniowa, której przedmiotem jest organizacja oraz prowadzenie szkoleń i wykładów z zakresu BHP. Szkolenia te odbywały się zgodnie z wcześniejszym ustalonym harmonogramem.

W dniu 25 kwietnia prowadziłam szkolenie w Technikum Mechanicznym dla nauczycieli oraz pracowników administracyjno - technicznych szkoły. Zajęcia odbywały się w godzinach od 10:00 do 17:30, a po ich zakończeniu, wspólnie z pracownikiem wykonującym zadania służby BHP w tej placówce Panem [redagowane] przystąpiłam do porządkowania sali oraz znoszenia sprzętu dydaktycznego, materiałów pomocniczych i dokumentacji do samochodu. Podczas kolejnego wejścia na I piętro budynku szkoły, gdzie odbywały się zajęcia, w celu zabrania pozostałych materiałów i dokumentacji, około godziny 17:40, poknęłam się na jednym ze stopni schodów, w wyniku czego straciłam równowagę i upadłam.

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 (Policej, 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"/> 1	Numer lokalu <input type="text"/> 58
Kod pocztowy	<input type="text"/>	Miejscowość <input type="text"/>
Nazwa państwa	<input type="text"/> 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	<input type="text"/> POLSKA	
Podaj, jeśli adres świadka jest inny niż polski		

Sposób odbioru odpowiedzi

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

**Świadomy odpowiedzialności karnej za składanie nieprawdziwych zeznań, oświadczam, że dane zawarte
w zaświadczenie podałem zgodnie z prawdą, co potwierdzam złożonym podpisem.**

Data

1	2	0	5	2	0	2	5
dd	/	mm	/	rrr			

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://bip.zus.pl/rodo-klauzule-informacyjne>

