



ZAKŁAD  
UBEZPIECZEŃ  
SPOŁECZNYCH

## Zawiadomienie o wypadku

Wzrost: 170 cm  
Data: 2025-06-20  
Firma: [signature]

### Instrukcja wypełniania

Wypełnij ten formularz i przekaz go do nas, jeśli wypadkowi przy pracy/ w 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	dd / mm / rrrr		
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		Numer lokalu	
Kod pocztowy		Miejscowość	
Nazwa państwa			
Podaj, jeśli adres jest inny niż polski			

### Adres ostatniego miejsca zamieszkania w Polsce / adres miejsca pobytu

Wypełnij w Polsce, jeśli obecnie mieszkasz za granicą, ale wcześniej mieszkałeś w Polsce. Jeśli nie masz 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  Numer lokalu

Kod pocztowy  Miejscowość

Nazwa państwa

Podaj, jeśli Twój adres jest inny niż polski

**Adres miejsca prowadzenia pozarolniczej działalności**

Podaj, jeśli poszkodowany prowadził 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 uciążliwej (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 zawiadomiła 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 zawiadomiła 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 zawiadomiła 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 zawiadomiła 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

☐ poczta restante

☐ skrytka pocztowa

☐ przegródka pocztowa

Jeśli jako sposób korespondencji wybierasz:

- pocztę 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

### Informacja o wypadku

1. Data wypadku          
dd / mm / rrrr

Godzina wypadku  12:20

2. Miejsce wypadku

3. Planowana godzina rozpoczęcia pracy w dniu wypadku  08:00

Planowana godzina zakończenia pracy w dniu wypadku  13:00

4. Rodzaj doznanych urazów

ZŁAMANIE PODUDZIA LEWEGO. ŁĄCZNIE ZE STAWEM  
SKOKOWYM - LICZNE ZŁAMANIA PODUDZIA. OTWARTE I  
ST. ZŁAMANIA 1/3 DYSTALNYCH KOŚCI PODUDZIA  
LEWEGO

5. Szczegółowy opis okoliczności, miejsca i przyczyn wypadku

W dniu 09.06.2025 r. wykonywałem prace elewacyjne (wypełnianie ubytków w płycie balkonu), budynku mieszkalnego. Około godz. 1220, w trakcie wykonywania tych czynności z rusztowania jezdnego niskiego, stojąc na platformie rusztowania na wysokości 1,50 m, lewa noga ześlizgnęła mi się na resztkach odprysku opadającego kleju na platformę, straciłem niespodziewanie równowagę i opadłem z rusztowania na utwardzoną nawierzchnię na lewą nogę. Świadkiem wypadku był i który w tym czasie pojawił się na miejscu zdarzenia, z którym po zakończeniu pracy, miałem udać się na wędkowanie. Kolega widząc, co się wydarzyło i że nie mogę się podnieść, natychmiast wezwał karetkę pogotowia ratunkowego, która odwoziła mnie na SOR Szpitala gdzie udzielono mi pomocy medycznej.

Podaj szczegółowy opis okoliczności, miejsca i przyczyn wypadku

6. Czy była udzielona pierwsza pomoc medyczna:



TAK



NIE

SZPITALNY ODDZIAŁ RATUNKOWY

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

PRACA NA RUSZTOWANIU JEZDNYM NISKIM

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/ 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:

**DOKUMENTY NIŻEJ WYMNIENIONE**

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

Do 

2	0	0	6	2	0	2	5
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 zawiadomieniu podaję zgodnie z prawdą, co potwierdzam złożonym podpisem.

Data 

2	0	0	6	2	0	2	5
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 65/46/WE (RODO), są dostępne w centrali lub terenowych jednostkach organizacyjnych ZUS oraz na stronie internetowej ZUS pod adresem: <https://bip.zus.pl/rodo>