



ZAKŁAD UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH
w dziale Obsługi Klientów i Korrespondencji

Zawiadomienie o wypadku

Wypełniono Kancelaria	2025 - 08 - 29	L. zat.
Nr. Ref. (43)		

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 niebleskim (nie ołówkiem)

ZAKŁAD UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH l.
Wypełniono 2025 - 08 -
Nr Ref. (7)

Dane osoby poszkodowanej

PESEL

Rodzaj, seria i numer dokumentu
potwierdzającego tożsamość

Imię

Nazwisko

Data urodzenia

Miejsce urodzenia

Numer telefonu

Jeśli podasz tą informację, ułatwimy nam lańcuch sprawie.
To pole jest dobrowolne

Adres zamieszkania osoby poszkodowanej

Ulica

Numer domu

Kod pocztowy

Nazwa państwa

Podaż, jeśli adres jest inny niż polski

Adres ostatniego miejsca zamieszkania w Polsce / adres miejsca pobytu

Podaż 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

Podaż, jeśli adres do korespondencji jest inny niż adres zamieszkania / adres ostatniego miejsca zamieszkania w Polsce / adres miejsca pobytu

 adres. posta restante skrytka pocztowa przegródka pocztowa

Jeśli jako sposób korespondencji wybierzesz:

- posta 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

Podaż, jeśli Twój adres jest inny niż polski

Adres miejsca prowadzenia pozarolniczej działalności

Podaż, jeśli poszkodowany prowadzi pozarolniczą działalność z której wynikają zyski kredytowe lub zyski działalności

Ulica

Numer domu

Kod pocztowy

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

Podaż, jeśli poszkodowany wykonuje pracę na podstawie umowy uaktywniającej (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 zawiadamia o wypadku

Wypełnij, jeśli jeszcze inną osobą niż poszkodowany

PESEL

Rodzaj, seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość

Podaż, 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 zawiadamia o wypadku

Wypełnij, jeśli jesteś inną osobą niż poszkodowany

Ulica

Numer domu Numer lokalu

Kod pocztyowy Miejscowość

Nazwa państwa

Podaż, jeśli Twój adres jest inny niż polski

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 pocztyowy 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

posto restante

skrytkę pocztową

przegródka pocztowa

Jeśli jako sposób korespondencji wybierzesz:

- postę 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

Podaż, jeśli Twój adres jest inny niż polski

Informacja o wypadku

1. Data wypadku

22.04.2025
dd / mm / rr

Godzina wypadku

19.00

2. Miejsce wypadku

lotnisko w miejscowości

3. Planowana godzina rozpoczęcia pracy w dniu wypadku

10.00

Planowana godzina zakończenia pracy w dniu wypadku

20.00

4. Rodzaj doznanych urazów

NIEODOŁANIONE ZŁAMANIE KONCA DALSZEGO
KOŚCI PROMIENIOWEJ LEWEY Z KĄTOŁYM
PRZEMIESZCZENIEM ODTANCIU DO TYŁU
ZŁAMANIE HYDROSTKĄ RYLCOVATEGO KOŚCI
ŁOKCIOWEJ PRAWEJ

5. Szczegółowy opis okoliczności, miejsca i przyczyn wypadku

Pracownia ma terenie nieczynnego lotniska, pośród zieleń, miedzy pasami. Charakter budowy - betonowej szemagrafii. Zmienne natumki atmosferyczne (sionie i deszcz). W trakcie przechodzenia z pasa zieleni, na pas asfaltowy posłizgniętem się do tyłu. Asekuryując się przed upadkiem poślizgnąłem za plecy kierując się

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, prokuratura)

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 posiadała akt deklaracji zgodności: TAK NIE

10. Czy maszyna, urządzenie zostało wpisane do ewidencji środków trwałych: TAK NIE

- dokumenty potwierdzające prawo do wydania karty wypadku osobie innej niż poszkodowany (m.in. skrócony odpis aktu urodzenia, skrócony odpis aktu małżeństwa, pełnomocnictwo)
- Inne dokumenty:

1. KARTA POMOCY DORĄŻNEJ
2. KARTA INFORMACYJNA LECZENIA SZPITALNEGO

Podaż jakie, np. dokumenty dotyczące udzielanej pomocy medycznej, umowa na wykonywaną usługę, faktura, rachunek, notařka 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 podaję zgodnie z prawdą, co potwierdzam złożonym podpisem.

Data

27	08	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 dostępna w centrali lub terenowych jednostkach organizacyjnych ZUS oraz na stronie internetowej ZUS pod adresem: <https://blp.zus.pl/rodo>

