



Zawiadomienie o wypadku

Instrukcja wypełniania

Wypełnij ten formularz, przekazując go do nas, jeśli wypadku przy 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 niebieskim (nie ołówkiem)

Dane osoby poszkodowanej

PESEL

Rodzaj, seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość

Imię

Nazwisko

Data urodzenia

dd / mm / rr

Miejsce urodzenia

Numer telefonu

Jeśli podasz nam 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 do korespondencji osoby poszkodowanej

Podaj, jeśli adres do korespondencji jest inny niż adres zamieszkania

Ulica

Numer domu

Numer lokalu

Kod pocztowy

Miejscowość

Nazwa państwa

Podaj, jeśli 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 nam 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 (jako nielana)

Ulica Numer domu Numer lokalu Kod pocztowy Miejscowość Numer telefonu Jeśli podasz nam tę informację, ułatwia 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 PESELImię
urodzenia dd / mm / yyyyNumer telefonu Jeśli podasz nam tę informację, ułatwia nam to kontakt w Twojej sprawie.
To pole jest dobrowolne**Adres zamieszkania osoby, która zawiadamia o wypadku**

Wypełnij, jeśli jesteś inną osobą niż poszkodowany

Numer domu Numer lokalu Kod pocztowy Miejscowość Nazwa państwa

Podaj, jeśli Twój adres jest inny niż polski

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

Ulica

Numer domu

Numer lokalu

Kod poczowy

Miejscowość

Nazwa państwa

Podaj, jeśli Twój adres jest inny niż polski

Informacja o wypadku

1. Data wypadku

1 | 3 | 0 | 9 | 2 | 0 | 2 | 5
dd / mm / rrrr

Godzina wypadku

12

2. Miejsce wypadku

3. Planowana godzina rozpoczęcia pracy
w dniu wypadku

9:00

Planowana godzina zakończenia pracy
w dniu wypadku

17:00

4. Rodzaj doznanych urazów

ZWICHNIĘCIE STAWU RAMIENIEGO

5. Szczegółowy opis okoliczności, miedzy innymi przyczyny

Podczas ~~wykonania pracy~~ malowania kuchni
 wszedłem na drabiny w celu malowania ścian
 przy suficie. W trakcie malowania byłem na
 drugim szeregu drabin i drabine przekazując
 się na piętach na podłodze. Próbującem
 się zatrzymać zlapałem za kran, ale nie skryty
 się uchwycić i upadłem na podłogę, wraz z drabiną.
 Wstać nie mogąc mi udało się uderzyć
 się z nowym

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 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			
Nazwisko			
Ulica			
Numer domu		Numer lokalu	
Kod poczty			
Nazwa państwa			
Podaj, jeśli adres świadka jest inny niż polski			

Przyłączeni

- kserokopia karty informacyjnej ze szpitala/ zaświadczenie o udzieleniu pierwszej pomocy z pogotowia ratunkowego wraz z wywiadem
- kserokopia posłanowienia 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

--	--	--	--	--	--	--

 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 do korespondencji
wskażany we wniosku na moim koncie na Platformie
Uslug Elektronicznych (PUE ZUS)

Oświadczam, że dane zawarte w zawiadomieniu podaję zgodnie z prawdą, co potwierdzam złożonym podpisem.

Data

16 09 2025
dd / mm / yyyy

(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: <https://bip.zus.pl/rodo>