



ZAKŁAD
UBEZPIECZEŃ
SPOŁECZNYCH

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,
 - współpracuje przy prowadzeniu pozarolniczej działalności,
 - wykonuje pracę na podstawie umowy uaktywniającej (jako niania).
- Ustalmy 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),

Wypełniona
Data: 18 SIE. 2025
Nr ref.:

Dane osoby poszkodowanej

PESEL

Rodzaj, seria i numer dokumentu
potwierdzającego tożsamość

Imię

Nazwisko

Data urodzenia

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

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 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 prowadzi pozarolniczą działalność albo współpracuje przy prowadzeniu takiej działalności

Ulica	[]		
Numer domu	[]	Numer lokalu	[]
Kod pocztowy	[]	Miejscowość	[]
Numer telefonu	[]		
Jeśli podasz tę informację, ułatw nam 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 []

Ulica	[]		
Numer domu	[]	Numer lokalu	[]
Kod pocztowy	[]	Miejscowość	[]
Numer telefonu	[]		
Jeśli podasz tę informację, ułatw nam 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 PESEL

Imię

[]

Nazwisko

[]

Data urodzenia

dd / mm / rrrr

Numer telefonu

<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="1"/>
--------------------------------	--------------------------------	--------------------------------	--------------------------------

Josili 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

Wypisana
Kancelaria 18 SIE. 2025

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 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 pocztowy

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 posle restante skrytkę pocztową przegródkę pocztową

Jeśli jako sposób korespondencji wybierzesz:

- posle restante, podaj jedyńke 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

0 7 0 8 2 0 2 5
dd / mm / rrrr

Godzina wypadku

12.05

2. Miejsce wypadku

—	—
---	---

3. Planowana godzina rozpoczęcia pracy
w dniu wypadku

7.00

Planowana godzina zakończenia pracy
w dniu wypadku

17.00

4. Rodzaj doznanych urazów

Powierzchniowy uraz stawu skokowego lewego i stopy,

5. Szczegółowy opis okoliczności, miejsca i przyczyn wypadku

Realizując jak co miesiąc obowiązek dostarczania dokumentów księgowych do biura rachunkowego, którego siedziba jest w godzinie 12.00, podjechałem pod siedzibę biura rachunkowego, wyszedłem z samochodu, wziąłem dokumenty i kierowałem się do biura, idąc z parkingu potknąłem się, źle stawiając nogę między krawężnikiem parkingu a chodnika, i tak od razu zwołałem o pomoc Pań pracujących w biurze, nie mogłem od razu stanąć na nogę z urazem, i z tamtego miejsca od razu udało się Izbie przyjęć do Szpitala powiatowego w przy ulicy , tam wykonano mi RTG, i z zaleceniem elewacji nogi w spoczynku z okładami.

Podaj szczegółowy opis okoliczności, miejsca i przyczyn wypadku

6. Czy była udzielona pierwsza pomoc medyczna: TAK NIE

Izba Przyjęć przy Szpitalu

Jeśli TAK, podaj nazwę i adres placówki służby zdrowia

7. Organ, który prowadził postępowanie w sprawie wypadku

nie dotyczy

Podaj nazwę i adres organu, który prowadził postępowanie w sprawie wypadku (np. policja, prokuratura)

8. Czy wypadek powstał podczas obsługi maszyn, urządzeń: TAK NIE

nie dotyczy

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 średków trwałych: TAK NIE

Dane świadków wypadku**Świadek wypadku – 1**

Imię	Województwo Kancelaria	18 STĘ. 2025
Nazwisko	Nr rej. (2)	
Ulica		
Numer domu	Numer lokalu	[]
Kod poczty	Miejscowość	[]
Nazwa państwa	Podaj, jeśli adres świadka jest inny niż polski	

Świadek wypadku – 2

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

Świadek wypadku – 3

Imię		
Nazwisko		
Ulica		
Numer domu	Numer lokalu	[]
Kod poczty	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:

--	--

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

Do 1 4 0 8 2 0 2 5 zobowiązuję się dostarczyć następujące dokumenty:

dd / mm / rrrr

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 podaje zgodnie z prawdą, co potwierdzam złożonym podpisem.

Data 1 4 0 8 2 0 2 5

dd / mm / rrrr

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>