



Wypełniono	2025 - 08 - 29	L. zał.
------------	----------------	---------

Kancelaria		
------------	--	--

Nr Rej. ....  
(41)

### 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 nania).
- 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 (nieówkiem)

ZAKŁAD UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH	
Inspel	.....
Wypełniono	2025 - 08 - 28
STARSZY	
Nr Rej.	..... (7)

ST

#### Dane osoby poszkodowanej

PESEL

.....	.....	.....	.....	.....	.....
-------	-------	-------	-------	-------	-------

Rodzaj, seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość

DOWÓD OSOBISTY,

Imię

.....	Zakład Ubezpieczeń Społecznych
-------	--------------------------------

Nazwisko

.....	Wydział Obsługi Klientów i Korespondencji
-------	---

Data urodzenia

.....	Wypełniono	2025 - 08 - 08	L. zał.
-------	------------	----------------	---------

dd / mm / rr

Miejsce urodzenia

.....	INSPERKTON
-------	------------

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, 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 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 jesteś inną osobą niż poszkodowany

PESEL

Rodzaj, seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość

Podaj, jeśli nie masz nadanego numeru PESEL

Imię

Nazwisko

Data urodzenia  /  /

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 poszkodowanym

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 Twój adres jest zmieniany.

**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	<input type="text"/>		
Numer domu	<input type="text"/>	Numer lokalu	<input type="text"/>
Kod pocztaowy	<input type="text"/>	Miejscowość	<input type="text"/>

Adres do korespondencji osoby, która zawieszała oświadczenie.

Wypełnij, jeśli jesteś inną osobą niż poszkodowany i Twój adres do korespondencji jest inny niż adres zamieszkania / adres 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	<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 Twój adres jest inny niż polski

## Informacja o wyparciu

- |   |  |  |          |
|---|--|--|----------|
| 1. Data wypadku                                       | 2    5    0    8    2    0    2    5<br>dd / mm / rr | Godzina wypadku                                    | OK 19:20 |
| 2. Miejsce wypadku                                    |  |  |          |
| 3. Planowana godzina rozpoczęcia pracy w dniu wypadku | 14:00  | Planowana godzina zakończenia pracy w dniu wypadku | 22:00    |

## 4. Rodzaj doznanych urazów

**ZŁAMANIE V KOŚCI ŚRÓDRCZA LEWEGO**

## 5. Szczegółowy opis okoliczności, miejsca i przyczyn wypadku

**NIEZAMIERZONE UDERZENIE LEWĄ DŁONIĄ W TRAKCIE MARSZU W PLASTIKOWY POJEMNIK PODCZAS KOMPLETOWANIA TOWARU W MIEJSCE ŚWIADCZENIA USŁUGI**

Podaj szczegółowy opis okoliczności, miejsca i przyczyn wypadku

6. Czy była udzielona pierwsza pomoc medyczna:  TAK  NIE**SZPITALNY ODDZIAŁ RATUNKOWY****UL.**

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  NIE10. 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 pocztyowy	<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 pocztyowy	<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 pocztyowy	<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/ 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:

1. UMOWA O WSPÓŁPRACY W ZAKRESIE ŚWIADCZENIA USŁUG  
2. ORZECZENIE LEKARSKIE

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

Do 

2		B		0		B		2		0		2		5
---	--	---	--	---	--	---	--	---	--	---	--	---	--	---

 zobowiązuję się dostarczyć następujące dokumenty:  
dd / mm / yyyy

1. UMOWA O WSPÓŁPRACY W ZAKRESIE ŚWIADCZENIA USŁUG

2. ORZECZENIE LEKARSKIE

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 podaje zgodnie z prawdą, co potwierdzam złożonym podpisem.

Data

2		8		0		8		2		0		2		5
---	--	---	--	---	--	---	--	---	--	---	--	---	--	---

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: [www.zus.pl](http://www.zus.pl)