



ZAKŁAD
UBEZPIECZEŃ
SPOŁECZNYCH

SER-1

NIE ZWERYFIKOWANO

EWYP

ZAWIADOMIENIE O WYPADKU

Instrukcja wypełniania

Wypełnij ten formularz i przekaz go do nas, jeśli wypadkowi przy pracy/ wypadkowi w drodze do pracy lub z pracy uległa osoba, która:

- prowadzi pozarolniczą działalność gospodarczą,
 - 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. Wypełnij kolorem czarnym lub niebieskim (nie ołówkiem)
3. Pola wyboru zaznacz znakiem X

20-05-2025

WYPIŁO

15.05.2025

Dane osoby poszkodowanej

PESEL [redacted]

Rodzaj, seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość **DOWÓD OSOBISTY** [redacted]
Jeśli nie ma numeru PESEL, podaj serię i numer innego dokumentu

Imię [redacted]

Nazwisko [redacted]

Data urodzenia [redacted] (K – kobieta/ M – mężczyzna) **M**

Miejsce urodzenia [redacted]

Adres zamieszkania

Ulica [redacted]

Numer domu [redacted] Numer lokalu [redacted]

Kod pocztowy [redacted] Miejscowość [redacted]

Gmina/ dzielnica [redacted]

na **POLSKA**
Podaj, jeśli adres jest inny niż polski

Adres do korespondencji [redacted]
Podaj, jeśli adres do korespondencji jest inny niż adres zamieszkania

Nie figuruje w ewidencji

Gmina/ dzielnica [redacted]

Nazwa państwa **POLSKA**
Podaj, jeśli adres jest inny niż polski

Adres miejsca prowadzenia pozarolniczej działalności

Podaj, jeśli poszkodowany prowadził albo współpracuje przy prowadzeniu pozarolniczej działalności

Ulica			
Numer domu		Numer lokalu	
Kod pocztowy		Miejscowość	
Gmina/ dzielnica			
Numer telefonu	POLSKA		

Podaj numer telefonu – to ułatwi nam kontakt w tej sprawie

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	
Gmina/ dzielnica			
Numer telefonu			

Podaj numer telefonu – to ułatwi nam kontakt w tej sprawie

Dane osoby, która zawiadamia o wypadku

Wypełnij jeśli jesteś inną osobą niż poszkodowany

PESEL										
Rodzaj, seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość										
Jeśli nie masz numeru PESEL, podaj serię i numer innego dokumentu										
Imię										
Nazwisko										
Data urodzenia							Płeć			
	dd	/	mm	/	rrrr		(K – kobieta/ M – mężczyzna)			
Numer telefonu										

Podaj numer telefonu – to ułatwi nam kontakt w tej sprawie

Adres zamieszkania

Wypełnij jeśli jesteś inną osobą niż poszkodowany

Ulica			
Numer domu		Numer lokalu	
Kod pocztowy		Miejscowość	
Gmina/ dzielnica			
Nazwa państwa			

Podaj, jeśli Twój adres jest inny niż polski

Adres do korespondencji

Podaj, jeśli adres do korespondencji jest inny niż adres zamieszkania
Wypełnij jeśli jesteś inną osobą niż poszkodowany

Ulica _____
Numer domu _____ Numer lokalu _____
Kod pocztowy _____ Miejscowość _____
Gmina/ dzielnica _____
Nazwa państwa _____

Podaj, jeśli Twój adres jest inny niż polski

Informacja o wypadku

1. Data wypadku

16 05 2025
dd / mm / rrrr

Godzina wypadku

15.00

2. Miejsce wypadku

3. Planowana godzina rozpoczęcia pracy
w dniu wypadku

8.00

Planowana godzina zakończenia pracy
w dniu wypadku

16.00

4. Rodzaj doznanych urazów

S.430 ZŁAMANIĘ CIĘSTAWU RAMIENNEGO
S.42.2 ZŁAMANIE NASADY BLIŻSZEJ
KOŚCI RAMIENNEJ

5. Szczegółowy opis okoliczności, miejsca i przyczyn wypadku

WYSIADAJĄC Z AUTA CIĘŻAROWEGO NA BAZIE
FIRMY, UPADŁEM I USZKODZIŁEM LEWY BARK

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 (Policja, Prokuratura, inne)

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

Nazwisko

Ulica

Numer domu Numer lokalu

Kod pocztowy Miejscowość

Nazwa państwa

Podaj, jeśli adres świadka jest inny niż polski

Świadek wypadku – 2

Imię

Nazwisko

Ulica

Numer domu Numer lokalu

Kod pocztowy Miejscowość

Nazwa państwa

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:

Kserokopia faktury za usługi, które były wykonane pojazdem w dniu wypadku

Podaj jako, np.: dokumenty dotyczące udzielonej pomocy medycznej, umowa na wykonywaną usługę, faktura, rachunek, notatka 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 do korespondencji wskazany we wniosku

☐

na moim koncie na Platformie Usług Elektronicznych (PUE ZUS)

Świadomy odpowiedzialności karnej za składanie nieprawdziwych zeznań, oświadczam, że dane zawarte w zawiadomieniu podałem zgodnie z prawdą, co potwierdzam złożonym podpisem.

Data

2	7	0	5	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 95/46/WE (RODO), są dostępne w centrali lub terenowych jednostkach organizacyjnych ZUS oraz na stronie internetowej ZUS pod adresem: <http://bip.zus.pl/rodo/rodo-klauzule-informacyjne>