



ZAKŁAD
UBEZPIECZEŃ
SPOŁECZNYCH

EWYP

ZAWIADOMIENIE O WYPADKU

Instrukcja wypełnienia

Wypełnij ten formularz i prześlij go do nas, jeśli wypadkowi przy pracy/ uległa osoba, która:

- prowadzi pozarolniczą działalność gospodarczą,
 - współpracuje przy prowadzeniu pozarolniczej działalności,
 - wykonuje pracę na podstawie umowy uaktywniającej (jako nielata).
- 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

Dane osoby poszkodowanej

PESEL

Rodzaj, seria i numer dokumentu
potwierdzającego tożsamość

Imię

Nazwisko

Data urodzenia

dd / mm / rr

Miejsce urodzenia

Adres zamieszkania osoby poszkodowanej

Ulica

nr domu

domu

Numer lokalu

Miejscowość

Gmina/ dzielnica

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

nr domu

domu

Numer lokalu

Miejscowość

Kod pocztowy

Adres jest inny niż polski

Informacje w Internetie – www.zus.pl

Strona 1 z 8

Adres miejsca prowadzenia pozarolniczej działalności

Podaj, jeśli poszkodowany prowadzi pozarolniczą działalność albo współpracuje przy prowadzeniu takiej działalności

Ulica	<input type="text"/>		
Numer domu	<input type="text"/>	Numer lokalu	<input type="text"/>
Kod pocztowy	<input type="text"/>	Miejscowość	<input type="text"/>
Gmina/ dzielnica	<input type="text"/>		
Numer telefonu	<input type="text"/>		

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 niania)

Ulica	<input type="text"/>		
Numer domu	<input type="text"/>	Numer lokalu	<input type="text"/>
Kod pocztowy	<input type="text"/>	Miejscowość	<input type="text"/>
Gmina/ dzielnica	<input type="text"/>		
Numer telefonu	<input type="text"/>		

Jeśli podasz nam 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	<input type="text"/>
Rodzaj, seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość	<input type="text"/>
Imię	<input type="text"/>
Nazwisko	<input type="text"/>
Data urodzenia	<input type="text"/>
	dd / mm / rrrr
Numer telefonu	<input type="text"/>

Jeśli podasz nam 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	<input type="text"/>		
Numer domu	<input type="text"/>	Numer lokalu	<input type="text"/>
Kod pocztowy	<input type="text"/>	Miejscowość	<input type="text"/>
Gmina/ dzielnica	<input type="text"/>		
Nazwa państwa	<input type="text"/>		

Podaj, jeśli Twój adres jest inny niż polski

EWYP

72

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 pocztowy _____ Miejscowość _____

Gmina/ dzielnica _____

Nazwa państwa _____

Podaj, jeśli Twój adres jest inny niż polski

Informacja o wypadku

1. Data wypadku 26 02 2025 Godzina wypadku 8:30
dd mm rrrr

2. Miejsce wypadku JEDNOSTKA WOJSKOWA

3. Planowana godzina rozpoczęcia pracy 8:00 Planowana godzina zakończenia pracy 17:00
w dniu wypadku w dniu wypadku

4. Rodzaj doznanych urazów
AMPUTACJA WIEKZYOŚCI PALCZKA
PALCA V (PIĄTEGO) LEWEJ REKI

5. Szczegółowy opis okoliczności, miejsca i przyczyn wypadku

OD 25.02.25 ŚWIADCZYŁEM USŁUGI NA ZLECENIE FIRMY I... NA TERENIE JEDNOSTKI
 WOJSKOWEJ... PRACĘ WYKONUWAŁEM WRAZ Z INNYMI ZLECENIOBIORCAMI.
 DNIA 26.02.25 ROZPOCZĘŁEM SWOJĄ PRACĘ O GODZINIE 8⁰⁰ OD PRZEBUDOWANIA NARZĘDZI
 I CIEGŁO SPRĘŻU DO WYKONYWANIA PRAC. CIĘŚĆ Z NICH ZNAJDOWAŁ SIĘ
 W METALOWEJ SKŁADNICY O WYMIARACH OKOŁO 1,5 M X 0,8 M X 1,0 M, SKŁADNICA BYŁA
 UMIEŚCZONA W KONTENERZE BUDOWLANYM, KTÓREY USADWIONY JEST NA TERENIE
 BUDOWI NA BLOKACH BETONOWYCH. OPRÓCZ MOJEJ OSOBY W KONTENERZE
 ZNAJDOWAŁY SIĘ JESZCZE 3 INNE OSOBY, KTÓRE RÓWNIEŻ ŚWUKOWAŁY NARZĘDZIA
 WOBECZ ROZWIŁALI SIĘ PO KONTENERZE I MOGŁO POWODOWAĆ PRZEWIĄZANIE I "PRZYKUCIE
 KONTENEREM" I KONENCIE KIEDY PODWIAŁEM KOLEJNE NARZĘDZIA KŁĘGOM WIEKO
 SKŁADNICY (METALOWA BLACHA WZMOCNIONA KONTOWNIKAMI STĄNDWILCZA ZAKWĘCIC
 SKŁADNICY OTWIERAŁEJ I ZAKWĘCANEJ OD GÓRY) OPADŁO NA JĄ ZORIENTOWAŁEM SIĘ ŻE
 PRZYKŁASNO MI MATEGO PALCA ODEWUCHO ZADRAŁEM DEK. NASTĘPNIE OCZYSTAŁO
 SIĘ ŻE NIE MAŁ KAWIĘKA PALCA

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

NIE DOTYCZY

Podej 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 środków trwałych:

☐

TAK

☐

NIE

Dane świadków wypadku

Świadek wypadku - 1

Imię

Nazwisko

Ulica

Numer domu

Numer lokalu

Kod pocztowy

Miejscowość

Nazwa państwa

Podej, jeśli adres świadka jest inny niż polski

Świadek wypadku - 2

Imię

Nazwisko

Ulica

Numer domu

Numer lokalu

Kod pocztowy

Miejscowość

Nazwa państwa

Podej, jeśli adres świadka jest inny niż polski

3

Imię _____

Nazwisko _____

Ulica _____

Numer domu _____ Numer lokalu _____

Kod pocztowy _____ Miejscowość _____

Nazwa państwa _____

Podaj, jeśli adres świadka jest inny niż polski

- KOPIA UNOWY OŚWIADCZENIA USŁUG | POTWIERDZONA ORYGINAŁEM

Do

1	2	0	3	2	0	2	5
dd		mm		mm			

zobowiązuję się dostarczyć następujące dokumenty:

1. ПИСЬМНЕ ЗАЗНАЧА СЪОДЪРЖАНИЕТО
2. ПРОТОКОЛ (ПОСТАВКА) БИР
- 3.
- 4.
- 5.
- 6.
- 7.
- 8.

Sposób odbioru odpowiedzi

☐

w placówce ZUS (osobście 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 zgłoszeniu podałem zgodnie z prawdą, co potwierdzam złożonym podpisem.

Data

04.03.2025

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 dostępne w centrali lub terenowych jednostkach organizacyjnych ZUS oraz na stronie internetowej ZUS pod adresem: <https://bip.zus.pl/rodo>