



ZAKŁAD
UBEZPIECZEŃ
SPOŁECZNYCH

Zawiadomienie o wypadku

Wypadek: 2025 -06- 20 | f... |

Instrukcja wypełniania

Wypełnij ten formularz i przekaż go do nas, jeśli wypadkowi przy pracy/ w uległy osoba, która:

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

Ustalmy wówczas okoliczność 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 niebleskim (nie ołówkiem)

Dane osoby poszkodowanej

PESEL

Rodzaj, seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość

Imię

Nazwisko

Data urodzenia

 dd / mm / rr

Miejsce urodzenia

Numer telefonu

Jesli 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

Podaż, jeśli adres jest inny niż polski

7 Adres ostatniojego miejsca zamieszkania w Polsce / adres miejsca pobytu

eszkałeś w Polsce, jeśli obecnie mieszkasz za granicą, ale wcześniej mieszkałeś w Polsce. Jeśli nie masz miejsca pobytu lub adres ostatniego miejsca zamieszkania w Polsce

Ulica

Numer domu

Numer lokalu

KK

Kod pocztowy

Miejscowość

EWYP

Adres do korespondencji osoby poszkodowanej

Podaż, jeśli adres do korespondencji jest inny niż adres zamieszkania / adres ostatniego miejsca zamieszkania w Polsce / adres miejsca pobytu

adres posta restante skrytka pocztowa przegródka pocztowa

Jeśli jako sposób korespondencji wybierzesz:

- posta 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

Podaż, jeśli Twój adres jest inny niż polski

Adres miejsca prowadzenia pozarolniczej działalności

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

Ulica
Numer domu Numer lokalu
Kod pocztowy Miejscowość
Numer telefonu

Jesli podasz tę informację, ułatwimy nam to kontakt w Twojej sprawie.
To pole jest dobrowolne

Adres sprawowania opieki nad dzieckiem w wieku do lat 3

Podaż, jeśli poszkodowany wykonuje pracę na podstawie umowy usztywniającej (jako niania)

Ulica
Numer domu Numer lokalu
Kod pocztowy Miejscowość
Numer telefonu

Jesli podasz tę informację, ułatwimy 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
Podaż, jeśli nie masz nadanego numeru PESEL
Imię
Nazwisko

EWYP

Data urodzenia dd / mm / rr

Numer telefonu
Jeśli podasz tę informację, utawią 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
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 posta restante skrytka pocztowa przegródka pocztowa

Jeśli jako sposób korespondencji wybierzesz:

- posta restante, podaj jedyńko 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 9 0 8 2 0 2 6
dd / mm / rr

Godzina wypadku 12:20

2. Miejsce wypadku

3. Planowana godzina rozpoczęcia pracy w dniu wypadku 08:00

Planowana godzina zakończenia pracy w dniu wypadku 13:00

EWYP

4. Rodzaj doznanych urazów

ZŁAMANIE PODUDZIA LEWEGO. ŁĄCZNIE ZE STAWEM SKOKOWYM - LICZNE ZŁAMANIA PODUDZIA. OTWARTE I ST. ZŁAMANIA 1/3 DYSTALNYCH KOŚCI PODUDZIA LEWEGO

5. Szczegółowy opis okoliczności, miejsca i przyczyn wypadku

W dniu 09.06.2025 r. wykonywałem prace elewacyjne (wypełnianie ubytków w płytcie balkonu), budynku mieszkalnego i Okolo godz. 1220, w trakcie wykonywania tych czynności z rusztowania jezdnyego niskiego, stojąc na platformie rusztowania na wysokości 1,50 m, lewa nogą ześlizgnęła mi się na resztkach odprysku opadającego kleju na platformę, straciłem niespodziewanie równowagę i opadłem z rusztowania na utwardzoną nawierzchnię na lewą nogę. Świadkiem wypadku był [red] który w tym czasie pojawił się na miejscu zdarzenia, z którym po zakończeniu pracy, miałem udało się na wędkowanie. Kolega wiedząc, co się wydarzyło i że nie mogę się podnieść, natychmiast wezwał karetkę pogotowia ratunkowego, która odwiozła mnie na SOR Szpitala gdzie udzielono mi pomocy medycznej.

Podaj szczegółowy opis okoliczności, miejsca i przyczyn wypadku

6. Czy była udzielona pierwsza pomoc medyczna:

TAK NIE

SZPITALNY ODDZIAŁ RATUNKOWY

Jeśli TAK, podaj nazwę i adres placówki służby zdrowia

7. Organ, który prowadził postępowanie w sprawie wypadku

[red]

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

8. Czy wypadek powstaje podczas obsługi maszyn, urządzeń:

TAK NIE

PRAWA NA RUSZTOWANIU JEZDNYM NISKIM

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

EWYP

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 poczty	<input type="text"/>	Miejscowość <input type="text"/>
Nazwa państwa	<input type="text"/>	
Podaż, 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 poczty	<input type="text"/>	Miejscowość <input type="text"/>
Nazwa państwa	<input type="text"/>	
Podaż, 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 poczty	<input type="text"/>	Miejscowość <input type="text"/>
Nazwa państwa	<input type="text"/>	
Podaż, jeśli adres świadka jest inny niż polski		

Załączniki

- kserokopia karty informacyjnej za szpitalne 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))

EWYP

dokumenty potwierdzające prawo do wydania karty wypadku osobie Innej niż poszkodowany (m.in. skrócony odpis aktu urodzenia, skrócony odpis aktu małżeństwa, pełnomocnictwa)

Inne dokumenty:

DOKUMENTY NIŻEJ WYMIESZCZONE

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

Do

2	0	0	6	2	0	2	5
dd	/	mm	/	rrrr			

 zobowiązuję się dostarczyć następujące dokumenty:

1. Kserokopia - Umowa na wykonanie usług remontowych.
2. Kserokopia - Wpis CEIDG
3. Kserokopia - Kara informacyjna leczenia szpitalnego - SOR w
4. Kserokopia - Kara informacyjna leczenia szpitalnego - Oddz. Chirurgii Urazowo-Ortoped. - Szpital
5. ZAPIS WYJAŚNIEŃ POSZKODOWANEGO
6. ZAPIS WYJAŚNIEŃ ŚWIADKA
- 7.
- 8.

Sposób odbioru odpowiedzi

w placówce ZUS (osobiście lub pocztą na adres
przez osobę upoważnioną) na mail m konto na Platformie
Uslug Elektronicznych (PUE ZUS)

Oświadczam, że dane zawarte w zaświadczenie podaje zgodnie z prawdą, co potwierdzam złożonym podpisem.

Data

2	0	0	6	2	0	2	5
dd	/	mm	/	rrrr			

Czytelny podpis

Informacja, 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>