



## Zawiadomienie o wypadku

### Instrukcja wypełniania

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

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

Wydział Obsługi Klientów i Korespondencji Kancelaria		
Wpłynęło	2025-07-11	PLIK L. zał.
Nr Rej.	(16)	

### Dane osoby poszkodowanej

PESEL  
Rodzaj, seria i numer dokumentu  
potwierdzającego tożsamość  
Imię  
Nazwisko  
Data urodzenia  
Miejsce urodzenia  
Numer telefonu


### Adres zamieszkania osoby poszkodowanej

Ulica  
Numer domu  
Kod pocztowy  
Nazwa państwa


### Adres ostatniego miejsca zamieszkania w Polsce / adres miejsca pobytu

Podaj adres ostatniego miejsca zamieszkania w Polsce, jeśli obecnie mieszkasz za granicą, ale wcześniej mieszkales w Polsce. Jeśli nie masz adresu zamieszkania, podaj adres miejsca pobytu lub adres ostatniego miejsca zamieszkania w Polsce

Ulica  
Numer domu  
Kod pocztowy  
Numer lokalu  
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

Kod pocztowy

Numer telefonu

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

**Adres zamieszkania osoby, która zawiadomuje**  
Wypełnij, jeśli jesteś inną osobą niż poszkodowany

Ulica

Numer domu

Kod pocztowy

Nazwa państwa

**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☐ 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

### Informacja o wypadku

1. Data wypadku

1	0	0	6	2	0	2	5
dd		mm		rrrr			

Godzina wypadku

17:30

2. Miejsce wypadku

3. Planowana godzina rozpoczęcia pracy w dniu wypadku

8:00

Planowana godzina zakończenia pracy w dniu wypadku

19:00

## 4. Rodzaj doznanych urazów

Przestawowe złamanie nasady dalszej kości promieniowej/złamanie dystalnej kości promieniowej lewej

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

W dniu 10 czerwca 2025 roku, w trakcie wykonywania obowiązków służbowych na stanowisku logopedy, uległam wypadkowi w drodze z mojego gabinetu logopedycznego w \_\_\_\_\_ na wizytę domową do pacjentki I \_\_\_\_\_ Poruszałam się na rolkach – środku transportu, którego regularnie używam w pracy terenowej. Do zdarzenia doszło na ścieżce rowerowej na terenie \_\_\_\_\_ podczas przejazdu do pacjentki. W wyniku nagłego upadku doznałam silnego urazu lewej ręki. Bezpośrednio po zdarzeniu zgłosiłam się do Szpitala I \_\_\_\_\_ e, gdzie wykonano diagnostykę obrazową (RTG), która wykazała przestawowe złamanie nasady dalszej kości promieniowej lewej. Ze względu na charakter urazu i konieczność leczenia operacyjnego, zostałam przekazana do specjalistycznego ośrodka – Samodzielnego Publicznego Szpitala Klinicznego i \_\_\_\_\_ k), gdzie 14 czerwca 2025 roku odbyła się operacja polegająca na repozycji i stabilizacji złamania. Wypadek miał miejsce w godzinach pracy, w bezpośrednim związku z wykonywaniem obowiązków zawodowych – podczas przejazdu do pacjentki w ramach wizyty domowej

Podaj szczegółowy opis okoliczności, miejsca i przyczyn wypadku

## 6. Czy była udzielona pierwsza pomoc medyczna:



TAK



NIE

Samodzielny Publiczny Szpital Kli

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



NIE

## 10. Czy maszyna, urządzenie zostało wpisane do ewidencji środków trwałych:



TAK



NIE

**Dane świadków wypadku**

Świadek wypadku – 1

Imię

Nazwisko

Ulica

Numer domu

Kod pocztowy

Nazwa państwa

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

Nazwisko

Ulica

Numer domu  Numer lokalu

Kod pocztowy  Miejscowość

Nazwa państwa

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:

ŚWIADCZENIE

Podaj jakie, np. dokumenty dotyczące udzielonej pomocy medycznej, umowa na wykonywaną usługę, faktura, rachunek, nota 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 wskazany we wniosku

☒ na moim koncie na Platformie Usług Elektronicznych (PUE ZUS)

Oświadczam, że dane zawarte w zawiadomieniu podaję zgodnie z prawdą, co potwierdzam złożonym podpisem.

Data 

0	2	0	6	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>