

.....
Nazwa i adres podmiotu
sporządzającego kartę wypadku

KARTA WYPADKU

I. DANE IDENTYFIKACYJNE PŁATNIKA SKŁADEK

1. Imię i nazwisko lub nazwa:

2. Adres siedziby:

3. NIP:

REGON:

PESEL

Dokument tożsamości (dowód osobisty lub paszport)

.....
.....
(rodzaj dokumentu seria numer)

II. DANE IDENTYFIKACYJNE POSZKODOWANEGO

1. Imię i nazwisko poszkodowanego:

2. PESEL:

Dokument tożsamości (dowód osobisty lub paszport) :

.....
.....
(rodzaj dokumentu seria numer)

3. Data i miejsce urodzenia:

4. Adres zamieszkania:

5. Tytuł ubezpieczenia wypadkowego (wymienić numer pozycji i pełny tytuł ubezpieczenia społecznego, zgodnie z art. 3 ust. 3 albo art. 3a ustawy z dnia 30 października 2002 r. o ubezpieczeniu społecznym z tytułu wypadków przy pracy i chorób zawodowych (Dz. U. z 2019 r. poz. 1205, z późn. zm.)

.....**UMOWA ZLECENIE**.....

III. INFORMACJE O WYPADKU

1. Data zgłoszenia oraz imię i nazwisko osoby zgłaszającej wypadek

2. Informacje dotyczące okoliczności, przyczyn, czasu i miejsca wypadku, rodzaju i umiejscowienia urazu.

3. Świadkowie wypadku:

1)

.....
(imię i nazwisko, miejsce zamieszkania)

4. Wypadek **JEST** ~~NIE JEST~~ wypadkiem przy pracy określonym w art. 3 ust. 3 pkt / albo art. 3a ustawy z dnia 30 października 2002 r. o ubezpieczeniu społecznym z tytułu wypadków przy pracy i chorób zawodowych: (uzasadnić i wskazać dowody, jeżeli zdarzenia nie uznano za wypadek przy pracy).

.....
5. Stwierdzono, że wyłączną przyczyną wypadku było udowodnione naruszenie przez poszkodowanego przepisów dotyczących ochrony życia i zdrowia, spowodowane przez niego umyślnie lub wskutek rażącego niedbalstwa (wskazać dowody).

..... **NIE STWIERDZONO**

6. Stwierdzono, że poszkodowany, będąc w stanie nietrzeźwości lub pod wpływem środków odurzających lub substancji psychotropowych, przyczynił się w znacznym stopniu do spowodowania wypadku (wskazać dowody,
a w przypadku odmowy przez poszkodowanego poddania się badaniu na zawartość tych substancji w organizmie – zamieścić informację o tym fakcie)

..... **NIE STWIERDZONO, NIE PRZEPROWADZANO BADAŃ**

IV. POZOSTAŁE INFORMACJE

1. Poszkodowanego (członka rodziny) zapoznano z treścią karty wypadku i pouczono o prawie zgłaszania uwag i zastrzeżeń do ustaleń zawartych w karcie wypadku

.....
..
imię i nazwisko poszkodowanego (członka rodziny) data podpis

2. Kartę wypadku sporządzono w dniu:

1).....
(nazwa podmiotu obowiązującego do sporządzenia karty wypadku)

2)
.....
.

imię i nazwisko sporządzającego
kartę wypadku

podpis

3. Przeszkody i trudności uniemożliwiające sporządzenie karty wypadku w wymaganym terminie 14 dni

.....

4. Kartę wypadku odebrano w dniu
(Podpis uprawnionego)

5. Załączniki: