

A large, empty rectangular box with a black border, occupying most of the page below the title.

20

Nazwa i adres podmiotu  
sporządzającego kartę wypadku

KARTA WYPADKU NR 50 /2025

## I. DANE IDENTYFIKACYJNE PŁATNIKA SKŁADEK

- |    |                           |                      |
|----|---------------------------|----------------------|
| 1. | Imię i nazwisko lub nazwa | <input type="text"/> |
| 2. | Adres siedziby            | <input type="text"/> |
| 3. | NIP                       | <input type="text"/> |
|    | REGON                     | <input type="text"/> |
|    | PESEL                     | <input type="text"/> |

Dokument tożsamości (dowód osobisty lub paszport)

### **dowód osobisty**

### **rodzaj dokumentu**

### seria numer

## II. DANE IDENTYFIKACYJNE POSZKODOWANEGO

- |    |                                |  |
|----|--------------------------------|--|
| 1. | Imię i nazwisko poszkodowanego |  |
| 2. | PESEL                          |  |

Dokument tożsamości (dowód osobisty lub paszport)

## dowód osobisty

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 2022 r. poz. 2189))

pkt. 8 - wykonywanie zwykłych czynności związanych z prowadzeniem działalności pozarolniczej w rozumieniu przepisów o systemie ubezpieczeń społecznych

### **III. INFORMACJE O WYPADKU**

1. Data zgłoszenia oraz imię i nazwisko osoby zgłaszającej wypadek

[redacted]

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

Pan [redacted] w ramach działalności pozarolniczej 18.06.2025 r. wykonywał montaż osprzętu elektrycznego i oświetlenia w lokalu mieszkalnym przy ulicy [redacted]. Podczas montowania szynoprzewodu na suficie poszkodowany stracił równowagę, spadł z drabiny na lewą rękę i poczuł ból. Następnego dnia po zdarzeniu Pan [redacted] udał się na SOR Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego [redacted] gdzie lekarz rozpoznał poprzeczne złamanie przechodzące przez talię kości lódeczkowej bez przemieszczenia.

3. Świadkowie wypadku:

1)

[redacted]

2) **brak**

imię i nazwisko

miejsce zamieszkania

4. Wypadek **jest / nie jest** wypadkiem przy pracy określonym w art. 3 ust. 3 pkt 8 / 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**

#### **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 14 LIP. 2025

- 1) **Zaklad Ubezpieczeń Społecznych**

nazwa podmiotu obowiązanego  
do sporządzenia karty wypadku

2)

--

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

**brak**

4. Kartę wypadku odebrano w dniu

podpis uprawnionego

5. Załączniki:

- kopia zapisu wyjaśnień poszkodowanego
- kopia zapisu informacji uzyskanych od świadka wypadku

### Opinia osoby uprawnionej do superaprobaty<sup>2)</sup>

Uwaga! W dokumentie nie ma żadnych miejsc do wpisów podpisów i pieczętek. Wszystkie informacje o tym, co jest w opiniach, znajdują się w załączniku do sprawy.

--

(Data, pieczętka i podpis osoby uprawnionej do superaprobaty)

### Opinia Konsultanta<sup>2)</sup>

.....  
.....  
.....  
.....

(Data, pieczętka i podpis konsultanta)

### Opinia Z-cy Dyrektora ds. Świadczeń<sup>2)</sup>

.....  
.....  
.....  
.....

(Data, pieczętka i podpis Z-cy Dyrektora ds. Świadczeń)

### Decyzja osoby uprawnionej do superaprobaty

.....  
.....  
.....  
.....

(Data, pieczętka i podpis osoby uprawnionej do superaprobaty)

<sup>1)</sup> niepotrzebne skreślić

<sup>2)</sup> wypełnić w zależności od stanu sprawy

