

1. Imię i nazwisko lub nazwa:

**2. Adres siedziby:**

3. NIP:

3. NIP: \_\_\_\_\_ REGON: \_\_\_\_\_ PESEL \_\_\_\_\_

Dokument tożsamości (dowód osobisty lub paszport)

### Dowód osobisty

rodzaj dokument

**seria**

numer

1. Imię i nazwisko poszkodowanego: I

## 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 2019 r., poz. 1205, z późn. zm.)

**Art. 3 ust. 3 pkt 8 ww. ustawy**

**Działalność gospodarcza w zakresie sprzedaży hurtowej i detalicznej samochodów osobowych i furgonetek**

### III. INFORMACJE O WYPADKU

1. Data zgłoszenia oraz imię i nazwisko osoby zgłaszającej wypadek

**14.08.2025 r.**

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

Poszkodowany prowadzi działalność gospodarczą w zakresie sprzedaży hurtowej i detalicznej samochodów osobowych i furgonetek. W dniu 12.08.2025 r. podczas wymłany kół we własnym samochodzie Pan I [REDACTED] potknął się i doznał urazu. Poszkodowany z uwagi na silny ból udał się na Oddział Ratunkowy Szpitala Specjalistycznego [REDACTED], gdzie stwierdzono skręcenie i naderwanie innych i nieokreślonych części stopy.

### Świadkowie wypadku:

1)

imię i nazwisko

miejsce zamieszkania

<sup>1</sup> Nie wypełniają podmioty niebędące płatnikami składek na ubezpieczenie wypadkowe

4. Wypadek nie jest wypadkiem przy prowadzeniu działalności gospodarczej określonym w art. 3 ust. 3 pkt. 8 <sup>2</sup>/ ~~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)

Nie udowodniono w sposób nie budzący wątpliwości, że zdarzenie z 12.08.2025 r. miało związek z prowadzoną działalnością gospodarczą.

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 przypadku odmowy przez poszkodowanego poddania się badaniu na zawartość tych substancji w organizmie – zamieścić informację o tym fakcie).

**Nie badano**

#### 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 1.09.2025 r.

KARŁAD UBEZPIECZEN SPOŁECZNYCH

1.

nazwa podmiotu obowiązującego do sporządzenia karty wypadku, pieczęć, jeżeli ją posiada

2)

imię i nazwisko sporządzającego kartę wypadku, podpis i pieczęć, jeżeli ją posiada

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

4. Kartę wypadku odebrano w dniu.....

.....  
podpis uprawnionego

5. Załączniki:

- zawiadomienie o wypadku,
- zapis wyjaśnień poszkodowanego,
- kserokopia Centralnej Ewidencji o Działalności Gospodarczej

<sup>2</sup> Wpisać odpowiedni punkt z art. 3 ust. 3 ustawy z dnia 30 października 2002 r. o ubezpieczeniu społecznym z tytułu wypadków przy pracy i chorób zawodowych.