

Nazwa i adres podmiotu
sporządzającego kartę
wypadku lub placzka,
Jeżeli ją posiada

KARTA WYPADKU 27 /2025

I. DANE IDENTYFIKACYJNE PŁATNIKA SKŁADEK¹⁾

1. Imię i nazwisko lub nazwa

2. Adres siedziby

3. NIP

REGON

PESEL

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

7
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 ustawy z dnia 30 października 2002 r. o ubezpieczeniu społecznym z tytułu wypadków przy pracy i chorób zawodowych (Dz. U. z 2025 poz. 257) Art. 3 ust. 3 pkt. 8 ustawy.

III. INFORMACJE O WYPADKU

1. Data zgłoszenia oraz imię i nazwisko osoby zgłaszającej wypadek:

05.08.2025 r.

a

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

Pan a prowadzi działalność gospodarczą –

BUDOWLANA związane z wykonywaniem pozostałych robót budowlanych wykończeniowych:

Miejsce wykonywania działalności /siedziba/ – woj. małopolskie, powiat brzeski, u

F sko.

W dniu wypadku tj. 23.05.2025 r. był ubezpieczony, wykonywał pracę - w godzinach od 7:00 do 16:00 montaż płytek ściennych na korytarzu w budynku biurowym. Około godziny 10:15 podczas zawieszania lasera pozłomującego spadł z drabiny z wysokości około 1,5 metra. Według oświadczenia Pana po zdarzeniu zszedł o własnych siłach do samochodu by pojechać na SOR. Dotarł do miejsca zamieszkania i nie był w stanie wysiąść z samochodu. Zadzwoił po żonę, aby pomogła mu wysiąść z samochodu. Żona zadzwoniła na pogotowie. Na miejsce przyjechał zespół

¹⁾ Nie wypełniają podmioty niebędące płatnikami składek na ubezpieczenie wypadkowe.

ratownictwa medycznego i zabrał poszkodowanego do szpitala. Karta Informacyjna z dnia 24.05.2025 r. podaje złamanie końca bliższego goleni prawej z przemieszczeniem odłamów.

3. Świadkowie wypadku:

a) xxxxxxxxx

xxxxxxxxxxxxxx

b) xxxxxxxxx

xxxxxxxxxxxxxx

imię i nazwisko

miejsce zamieszkania

4. Wypadek ~~jest~~ ^{nie jest}²⁾ wypadkiem przy pracy określonym w art. 3 ust. 3 pkt 8 ustawy z dnia 30 października 2002 r. o ubezpieczeniu społecznym z tytułu wypadków przy pracy i chorób zawodowych (Dz. U. z 2025 poz. 257)

(uzasadnić, jeżeli zdarzenia nie uznano za wypadek przy pracy)

Zdarzenie z dnia 23.05.2025 r. jest wypadkiem podczas wykonywania zwykłych czynności związanych z prowadzeniem działalności gospodarczej.

Przyczyna zewnętrzna – przechylenie drabiny

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 (podać dowody) nie stwierdzono

nie dotyczy

6. Stwierdzono, że poszkodowany, będąc w stanie nietrzeźwości lub pod wpływem środków odurzających lub substancji psychotropowych, przyczynił się w znacznym stopniu do spowodowania wypadku (podać 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 pouczone o prawie zgłaszania uwag i zastrzeżeń do ustaleń zawartych w karcie wypadku

imię i nazwisko poszkodowanego (członka rodziny)

data

podpis

2. Kartę sporządzono w dniu 01.10.2025 r.

a) Zakład Ubezpieczeń Społecznych C

nazwa podmiotu zobowiązanego do sporządzenia karty pieczętka

APROBANT

b)

imię i nazwisko sporządzającego

podpis

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

- wraz z zawiadomieniem o wypadku nie złożono pełnej dokumentacji powypadkowej.

4. Kartę odebrano w dniu

podpis uprawnionego

5. Załączniki: brak

²⁾ Niepotrzebne skreślić.