

KARTA WYPADKU nr 021/2025

I. DANE IDENTYFIKACYJNE PŁATNIKA SKŁADEK

Imię i nazwisko lub nazwa:

2. Adres siedziby:

3. NIP:                   REGON:                   PESEL: 1

Dokument tożsamości (dowód osobisty lub paszport)

Dowód osobisty		
rodzaj dokumentu	seria	numer

II. DANE IDENTYFIKACYJNE POSZKODOWANEGO

1. Imię i nazwisko poszkodowanego

2. PESEL: 1

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 2025 r. poz. 257)

**art. 3, ust. 3, pkt. 8 – wykonywanie zwykłych czynności związanych z prowadzeniem działalności pozarolniczej w rozumieniu przepisów o systemie ubezpieczeń społecznych.**

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

### III. INFORMACJE O WYPADKU

1. Data zgłoszenia oraz imię i nazwisko osoby zgłaszającej wypadek - 25-03-2025 r. ✓
2. Informacje dotyczące okoliczności, przyczyn, czasu i miejsca wypadku, rodzaju i umiejscowienia urazu  
Pan \_\_\_\_\_ prowadzi działalność gospodarczą pod nazwą \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ związaną m.in. z naprawą i konserwacją urządzeń elektrycznych, naprawą i konserwacją maszyn.  
Siedziba firmy zarejestrowana jest pod adresem: \_\_\_\_\_  
25-03-2025 r. Pan \_\_\_\_\_ w naszym Oddziale złożył - „zawiadomienie o wypadku”, który miał miejsce 15-01-2025 r. około godz. 13:00. W dniu 15-01-2025 r. zgodnie z zawartą w dniu 10-01-2025 r. umową ustną z firmą \_\_\_\_\_ Sp. z o.o. Pan \_\_\_\_\_ świadczył usługę związaną z pracami serwisowymi zrobotyzowanej celi spawalniczej. ✓  
Do zadań Pana \_\_\_\_\_ należało sprawdzenie czujników zamontowanych na robocie. ✓  
Po ich sprawdzeniu Pan \_\_\_\_\_ schodząc z platformy z wysokości około 30 cm postawił lewą stopę na nierównej posadce. W wyniku tego noga wykręciła się w stawie skokowym, a on sam stracił równowagę i upadł na łokieć lewej ręki. Poszkodowany kontynuował pracę, ale po pewnym czasie ręka zaczęła puchnąć, ból się nasilił oraz zaczęła się zmniejszać sprawność łokcia. Po tym całym zdarzeniu Pan \_\_\_\_\_ udał się na Oddział SOR w \_\_\_\_\_  
Wykonane prace zostaną rozliczone w formie faktury zbiorczej po wykonaniu wszystkich prac określonych w umowie ustnej z dnia 10-01-2025 r. ✓  
W wyniku upadku Pan \_\_\_\_\_ doznał urazu w postaci złamania przedramienia - złamania głowy kości promieniowej lewej. ✓

#### 3. Świadkowie wypadku: brak

1.

imię i nazwisko

miejsce zamieszkania

4. Wypadek jest /nie jest 2) wypadkiem przy pracy określonym w art. 3 ust. 3 pkt. 8 3)/ ~~albo~~  
~~art. 3a 4)~~ 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**

2) Niepotrzebne skreślić.

3) 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.

4) Niepotrzebne skreślić.

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 pouczone 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 **14-04-2025 r.**

1) **Zakład Ubezpieczeń Społecznych**

nazwa podmiotu obowiązującego do sporządzenia  
karty wypadku

2)

imię i nazwisko sporządzającego  
kartę wypadku

.....  
podpis i pieczęć

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

Karta wypadku nie została sporządzona w terminie w związku z przeprowadzonym postępowaniem wyjaśniającym z poszkodowanym oraz zleceniodawcą Sp. zo.o. w celu uzyskania dodatkowych dowodów niezbędnych do oceny zdarzenia pod kątem prawnej kwalifikacji.

4. Kartę wypadku odebrano w dniu

.....  
podpis uprawnionego

5. Załączniki:

brak

