

Nazwa i adres podmiotu
sporządzającego kartę
wypadku lub pieczęć,
jeżeli ją posiada

KARTA WYPADKU Nr 32/2025

I. DANE IDENTYFIKACYJNE PŁATNIKA SKŁADEK¹⁾

1. Imię i nazwisko lub nazwa: PRZEDSIĘBIORSTWO USŁUGOWO-HANDLOWE,

2. Adres siedziby

3. NIP

REGON :

PESEL

Dokument tożsamości (dowód osobisty lub paszport)

| DO | | |
|------------------|-------|-------|
| rodzaj dokumentu | seria | numer |

1. DANE IDENTYFIKACYJNE POSZKODOWANEGO

1. Imię i nazwisko poszkodowanego :

2. PESEL :

Dokument tożsamości (dowód osobisty lub paszport)

| DO | | |
|------------------|-------|-------|
| rodzaj dokumentu | seria | numer |

3. Data i miejsce urodzenia : Blachownia

4. Adres zamieszkania:

5. Tytuł ubezpieczenia wypadkowego (wymienić numer pozycji i pełny tytuł ubezpieczenia społecznego: 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 r. poz. 257) wykonywania zwykłych czynności związanych z prowadzeniem działalności pozarolniczej w rozumieniu przepisów o systemie ubezpieczeń społecznych.

2. INFORMACJE O WYPADKU

1. Data zgłoszenia oraz imię i nazwisko osoby zgłaszającej wypadek: 12.06.2025 r. i

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

Par: k prowadzi działalność gospodarczą od 1997 r. W przeważającej części są to kursy i szkolenia związane ze zdobywaniem wiedzy, umiejętności i kwalifikacji zawodowych w formach pozaszkolnych między innymi doradztwo w zakresie bezpieczeństwa i higieny pracy w miejscu pracy.

30.05.2025 r. pracę rozpoczął o godz. 06:00 na terenie zakładu i, w ramach nadzoru BHP na zlecenie Około godz. 09:00 podczas codziennego standardowego obchodu na odcinku prowadzonych prac Pan : wpadł prawa nogą do nieoznakowanego i niezabezpieczonego otworu technologicznego o głębokości 0,6 m. w wyniku czego doznał urazu kości płetwowej prawej. Ponieważ ból uniemożliwiał dalszy obchód świadkowie całego zdarzenia przetransportowali poszkodowanego w bezpieczne miejsce i samochodem służbowy odwieźli do SOR w

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

Świadkowie wypadku:

(

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 r. poz. 257)
(uzasadnić, 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 (podać 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 (podać dowody, a w przypadku odmowy przez poszkodowanego poddania się badaniu na zawartość tych substancji w organizmie – zamieścić informację o tym fakcie)
nie stwierdzono

3. 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)

ZA

2. Kartę sporządzono w dniu 10.07.2025 r.

Wy

a) Zakład Ubezpieczeń Społecznych
nazwa podmiotu zobowiązanego do sporządzenia karty

537

b)

.....
imię i nazwisko sporządzającego

3. Przeszkody i trudności uniemożliwiające sporządzenie karty wypadku w wymaganym terminie 14 dni :
- oczekiwanie na dodatkowe wyjaśnienia poszkodowanego;

4. Kartę odebrano w dniu
podpis uprawnionego

5. Załączniki:

- zapis wyjaśnień poszkodowanego;
- zapis informacji uzyskanych od świadka wypadku;
- dokumentacja medyczna;
- kserokopla umowy o świadczenie usług (z aneksem);

myśi - listem poleconym

²⁾ Niepotrzebne skreślić.