

KARTA WYPADKU NR 46 / 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

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) 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

19.09.2025

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

W dniu 17-09-2025 r. Pan _____ w miejscu prowadzenia pozarolniczej działalności gospodarczej przygotowując samochód do sprzedaży sprzątał, odkurzał wykładziny, mył plastikowe elementy tapicerki, sprawdzał stan techniczny pojazdu oraz uzupełniał płyny eksploatacyjne. Około godz.16.30 podczas czyszczenia bagażnika nastąpiło zwarcie w wiązce elektrycznej na skutek czego spod osłon plastikowych bagażnika zaczął wydobywać się dym. W celu ugaszenia pożaru gaśnicą poszkodowany postanowił zerwać plastikowe osłony pod którymi był już ogień i roztopiony plastik, który przykleił się do ręki Pana _____ powodując oparzenie termiczne II stopnia prawej ręki i nadgarstka oraz oparzenie termiczne II stopnia prawego barku i kończyny górnej. Po zdarzeniu ubezpieczony udał się do szpitala w _____ gdzie została udzielona pierwsza pomoc medyczna po wypadku.

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

3. Świadkowie wypadku:

- 1) _____
2) _____
Imię i nazwisko _____ miejsce zamieszkania _____

4. Wypadek jest ~~nie jest~~ ²⁾ 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 (Dz.U. z 2025 r. poz. 237) _____
(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 (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 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 18.11.2025 r.

1) Zakład Ubezpieczeń Społecznych Oddział w _____
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 _____

Zebranie innych dowodów dotyczących wypadku, uznanych za niezbędne do wydania opinii tj. zapis wyjaśnień poszkodowanego, informacji dot. świadków wypadku, dokumentacji medycznej.

4. Kartę wypadku odebrano w dniu _____

5. Załączniki: zawiadomienie o wypadku, zapis wyjaśnień poszkodowanego, odpis CEIDG, informacja, dokumentacja medyczna. _____
podpis uprawnionego