

Z [redacted]

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

KARTA WYPADKU N° [redacted]

I. DANE IDENTYFIKACYJNE PŁATNIKA SKŁADEK¹⁾

1. Imię i nazwisko lub nazwa

[redacted]

2. Adres siedziby

[redacted]

3. NI

[redacted]

REGON

[redacted]

PESEL

[redacted]

Dokument tożsamości (dowód osobisty lub paszport)

D.O.

rodzaj dokumentu

seria

numer

II. DANE IDENTYFIKACYJNE POSZKODOWANEGO

1. Imię i nazwisko poszkodowanego

[redacted]

2. PES

[redacted]

Dokument tożsamości (dowód osobisty lub paszport)

D.O.

rodzaj dokumentu

seria

numer

3. Data i miejsce urodzenia

[redacted]

4. Adres zamieszkania

[redacted]

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 2022 r. poz. 2189))

DZIAŁALNOŚĆ POZAROLNICZA

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

III. INFORMACJE O WYPADKU

1. Data [redakcja] oraz imię i nazwisko osoby zgłoszającej wypadek 30 kwietnia 2025 r.

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

Pan [redakcja] prowadzi działalność pozarolniczą związaną z posadzkarstwem, tapetowaniem i oblicowywaniem ścian oraz z pozostałymi robotami budowlanymi wykończeniowymi.

W dniu 24 kwietnia 2025 r. około godziny 11:00, w [redakcja] Pan [redakcja] wykonywał prace polegające na uzupełnieniu ubytków w parkiecie, zgodnie z umową zawartą z [redakcja]. Podczas przycinania klepek na tarczowej pиле stołowej, Pan [redakcja] niefortunnie dotknął obracającej się tarczy pily i doznał urazu palca wskazującego ręki prawej. Po pierwszą pomoc medyczną udał się na SOR Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego [redakcja], gdzie stwierdzono amputację opuszki palca II ręki prawej.

3. Świadkowie wypadku:

1) BRAK imię i nazwisko miejsce zamieszkania

4. Wypadek JEST 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 (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.

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

imię i nazwisko poszkodowanego (członka rodziny) data podpis

13 CZE 2025

2. Karte wypadku sporządzono w dniu

1) Zad

nazwa karty wypadku

STARSTYL DROORANT

27

imię i nazwisko sporzązającego podpis i pieczętkę, jeżeli ją posiada karta wypadku

ZAKŁAD UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH

- ### 3. Przeszkody i trudności uniemożliwiające sporządzenie karty wypadku w wymagany

POSTEPOWANIE WYJAŚNIAJĄCE

4. Kartę wypadku odebrano w dniu

.....
podpis uprawnionego

- ## 5. Załączniki:

