

## KARTA WYPADKU

### I. DANE IDENTYFIKACYJNE PŁATNIKA SKŁADEK

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 Ruż

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 2022 r. poz. 2189)  
0510

### III. INFORMACJE O WYPADKU

1. Data zgłoszenia oraz imię i nazwisko osoby zgłaszającej wypadek 10-01-2025r.

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

..... prowadzi działalność Usługowo-Transportowo-Budowlaną.  
W dniu 29-11-2024 r. Pan ..... od godziny 10.00 nadzorował zlecone ustnie prace podległym  
pracownikom na terenie działki nr 35/4 dzierżawionej od ..... Następnie około  
godziny 12.00 Pan ..... w celu wyczyszczenia stojącej na placu wywrotki ..... pchnął  
prawą ręką burłę przyczep. Burta uderzyła o stojące obok drzewo, gwałtownie cofnęła się i przycisnęła mały  
palec prawej ręki Pana .....  
Po wypadku i samodzielnym opatrzeniu rany poszkodowany udał się niezwłocznie na SOR Wojewódzkiego  
gdzie udzielono pierwszej pomocy  
I stwierdzono urazową amputację opuszka palca V prawej ręki.  
Zwolnienie lekarskie zostało wystawione do 03.01.2025r.  
Brak świadków wypadku

3. Świadkowie wypadku:

.....  
Imię i nazwisko ..... miejsce zamieszkania .....

1. Wniosek o wyrównanie zaskłku, 2. Zawiadomienie o wypadku, 3. Zapis wyjaśnień poszkodowanego z opisem zdarzenia-2 szt 4. Zdjęcie 5. Faktura 6. Umowa najmu terenu 7. Karta informacyjna Szpitalnego Oddziału Ratunkowego w Toruniu.