

KARTA WYPADKU nr

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 ustawy z dnia 30 października 2002r. o ubezpieczeniu społecznym z tytułu wypadków przy pracy i chorób zawodowych (Dz. U. z 2025. poz. 257 t.j.)

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

05.03.2025 r. poszkodowany Pan

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

Zgodnie z wpisem do Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej Rzeczypospolitej Polskiej Pan _____ prowadzi pozarolniczą działalność gospodarczą pod nazwą _____

n.in. w zakresie wykonywania konstrukcji i pokryć dachowych. Według wyjaśnień poszkodowanego, 12 października 2024 r. rozpoczął pracę około godz. 12.00. Dokonywał poprawek po montażu konstrukcji stalowej hali wraz z poszyciem zewnętrznym i obróbkami

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

blacharskimi, pod adresem

Zlecającym była firma

Około godz. 10.00 poszkodowany pracował stojąc na drabinie.

W pewnym momencie, blokada w drabinie „wyskoczyła” ze swojego miejsca i wtedy drabina się złożyła. Wskutek tego poszkodowany spadł z wysokości około 1.2 – 1.5 m, uderzając lewą piętą o najniższy szczebel drabiny. Po pierwszej pomocy medyczną Pan _____ zgłosił się na :

Po wykonaniu badania rozpoznano: złamanie kości piętowej lewej.

3. Świadczenie wypadku:

- a) _____
b) _____
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 t.j.) (uzasadnić i wskazać dowody, jeżeli zdarzenie 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 ustalono

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 sporządzono w dniu 01.07.2025 r.

a) _____
nazwa podmiotu zobowiązanego do sporządzenia karty

pieczęć STARZY APROBANT

b) _____
imię i nazwisko sporządzającego

STARZY SPECJALISTA

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

4. Kartę odebrano w dniu wysłana listem poleconym podpis uprawnionego

²⁾ Niepotrzebne skreślić.