

(s)

## KARTA WYPADKU NR 11/2025

I. DANE IDENTYFIKACYJNE PLATNIKA SKŁADEK<sup>1)</sup>

1. Imię i nazwisko lub nazwa
2. Adres siedziby
3. NIP REGON |  
Dokument tożsamości (dowód osobisty lub paszport)

dowód osobisty  
rodzaj dokumentuDIH  
seria

## II. DANE IDENTYFIKACYJNE POSZKODOWANEGO

1. Imię i nazwisko poszkodowanego
2. PESEL  
Dokument tożsamości (dowód osobisty  
dowód osobisty  
rodzaj dokumentu

seria

590871  
numer

Wpłynęło 2024-05-13 L. zał.

Osoba przyjmująca: Małgorzata Sporek

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 2002 r. o ubezpieczeniu społecznym z tytułu wypadków przy pracy i chorób zawodowych, Dz. U. 2022 poz. 2189.

Wpływ do OBD

Art. 3 ust. 3 pkt. 8 – prowadzenie działalności pozarolniczej

2025-03-21

## 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, rodzaju i umiejscowienia urazu:

Pan prowadzi działalność gospodarczą między innymi w zakresie produkcji mebli kuchennych. W dniu 03.10.2024 r. wykonywał pracę w miejscu prowadzenia działalności gospodarczej, w miejscowości . Praca polegała na przygotowaniu i załadunku mebli kuchennych celem ich dostarczenia zleceniodawcy. Około godziny 09.00 poszkodowany zakończył załadunek mebli na samochód dostawczy. W tym czasie zaczął padać deszcz. Po zabezpieczeniu mebli na czas transportu, schodząc ze skrzyni ładunkowej, niespodziewanie prawa noga Pana ześlizgnęła się z podłogi skrzyni ładunkowej. Wskutek zaistniałej sytuacji poszkodowany spadł na podłoże betonowe uderzając prawą stroną ciała. W związku z nasilającym się bólem poinformował o zdarzeniu współnika, zakończył pracę i udał się do SOR w Szpitalu . Tam stwierdzono stłuczenie barku prawego i ramienia i udzielono pomocy medycznej. W dalszym postępowaniu medycznym stwierdzono masywne uszkodzenie stożka rotatorów stawu ramiennego prawego. Niestabilność i tendinopatię LHBT. Masywny przerost kaletki podbarkowej.

<sup>1)</sup> Nie wypełniają podmioty nie będące płatnikami składek na ubezpieczenia wypadkowe

3. Świadczenie wypadku:

a) brak

imię i nazwisko

miejsce zamieszkania

b)

imię i nazwisko

miejsce zamieszkania

4. Wypadek ☒ Jest ☐ Nie-jest <sup>2)</sup> wypadkiem określonym w art. 3 ust. 3 pkt. 8 <sup>3)</sup> albo art. 3a <sup>4)</sup> 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

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

imię i nazwisko poszkodowanego (członka rodziny)

10.03.2025

data

podpis

2. Kartę sporządzono w dniu 2025-02-26

1)

nazwa podmiotu zobowiązanego do sporządzenia karty

2)

imię i nazwisko sporządzającego kartę wypadku

3. Przeszkody i trudności uniemożliwiające sporządzenie karty wypadku w wymaganym terminie 14 dni  
Konieczność prawidłowego udokumentowania zdarzenia wypadkowego

4. Kartę odebrano w dniu: 10.03.2025

5. Załączniki:

podpis uprawnionego

- zawiadomienie o wypadku,
- oświadczenie zleceniodawcy,
- oświadczenia poszkodowanego szt. 2,
- zaświadczenie o wpisie do ewidencji działalności gospodarczej,
- zaświadczenie o ubezpieczeniu wypadkowym,
- kserokopia dokumentacji medycznej.

<sup>2)</sup> niepotrzebne skreślić

<sup>3)</sup> 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.

<sup>4)</sup> Niepotrzebne skreślić