

**KARTA WYPADKU**

Nr \_\_\_\_\_

**I. DANE IDENTYFIKACYJNE PŁATNIKA SKŁADEK<sup>1)</sup>**

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. 3 a 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 z późn. zm.)

Pkt 8 – osoba prowadząca pozarolniczą działalność gospodarczą

**III. INFORMACJE O WYPADKU**

1. Data zgłoszenia wypadku oraz imię i nazwisko osoby zgłaszającej wypadek – 30.09.2025 r.

2. Informacje dotyczące okoliczności, przyczyn, czasu i miejsca wypadku: Wypadek w dniu 22.09.2025r.

Zgodnie z zaświadczeniem z Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej prowadzi działalność gospodarczą w formie spółki cywilnej (produkcja wyrobów tartacznych).

W dniu zdarzenia tj. 22.09.2025r. Pani \_\_\_\_\_ rozpoczęła pracę godzinie 8:00. W tym dniu praca polegała na weryfikowaniu i przygotowaniu zamówień na dany dzień oraz kontroli przebiegu procesu produkcji. Około godziny 14:00 Pani \_\_\_\_\_ udała się na halę produkcyjną w celu sprawdzenia gotowych wyrobów pod kątem ilości i jakości oraz zweryfikowaniu stanu magazynu, aby podjąć decyzję co do dalszej produkcji. Pani \_\_\_\_\_ wchodząc na teren zakładu oraz przebywając na halach produkcyjnych, każdorazowo stosuje wymaganą odzież i środki ochrony indywidualnej, w tym obuwie robocze zgodne z wymaganiami BHP. Biuro, w którym znajduje się stanowisko pracy Pani \_\_\_\_\_, zlokalizowane jest na piętrze budynku. W celu udania się na halę produkcji należy zejść po

<sup>1)</sup> Nie wypełniają podmioty niebędące płatnikami składek na ubezpieczenie wypadkowe.

schodach. Z powodu pośpiechu i dużego tempa pracy, podczas szybkiego schodzenia po schodach Pani nie zachowała dostatecznej koncentracji uwagi i pominęła ostatni stopień, na skutek czego straciła równowagę i upadła na twarde podłoże. Upadając, odruchowo podparła się rękoma i poczuła ból w prawej dłoni. Kontynuowała swoją pracę. Po powrocie do biura ból nadal był odczuwalny. Poszkodowana poinformowała współpracownicę oraz wspólniczkę o zaistniałym zdarzeniu. Po zakończonej pracy udała się do domu. W godzinach wieczornych ból nie ustępował, pojawił się obrzęk, poszkodowana podjęła decyzję o udaniu się na Izbę Przyjęć do Szpitala w ..... gdzie zdiagnozowano złamanie 4 kości śródrečna z przemieszczeniem.

3. Świadczenie wypadku:

1)

Imię i nazwisko

miejsce zamieszkania

2)

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, 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 (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 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 sporządzono w dniu 04.11.2025 r.

ZAKŁAD UBEZPIECZENIA SPOŁI

1) ZUS Oddział

nazwa podmiotu zobowiązanego do sporządzenia karty Wydział

Imię i nazwisko sporządzającego kartę wypadku

podpis

3. Przeszkody i trudności uniemożliwiające sporządzenie karty wypadku w wymaganym terminie 14 dni: Postępowanie wyjaśniające zakończono 23.10.2025 r.

4. Kartę odebrano w dniu

podpis uprawnionego

5. Załączniki: brak