

BB

## KARTA WYPADKU

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

1. Imię i nazwisko lub nazwa \_\_\_\_\_

2. Adres siedziby \_\_\_\_\_

3. NIP \_\_\_\_\_ REGON \_\_\_\_\_ ESEL \_\_\_\_\_

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 2002 r. o ubezpieczeniu społecznym z tytułu wypadków przy pracy i chorób zawodowych tj. Dz. U. z 2025 r., poz. 257)

Art.3.2.8) wykonywania 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

25-07-2025

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

Przedmiotem prowadzonej działalności poszkodowanego w przeważającej części jest kod PKD 73.11.Z Działalność agencji reklamowych. Adres siedziby Pana \_\_\_\_\_ jest taki sam jak adres zamieszkania.

W dniu zdarzenia 21-07-2025r, Pan \_\_\_\_\_ miał rozpocząć pracę w miejscowości Chybie o godzinie 08:00 oraz zakończyć pracę o godzinie 16:00. Około godziny 09:30 podczas montażu foli antywłamaniowej podmuch wiatru wypechnął szybę z ramy okiennej, która spadła na nadgarstek Pana \_\_\_\_\_ spowodowało przecięcie skóry dłoni w kilku miejscach. Po zdarzeniu wraz ze świadkiem wypadku – zleceniodawcą udał się na Izbę Przyjęć Wojewódzkiego Szpitala S. ".

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

gdzie stwierdzono uszkodzenie ścięgna prostownika palca IV ręki lewej wraz z ranami ciętymi śródrečza lewego po stronie grzbietowej.

3. Świadkowie wypadku:

a)

Imię i nazwisko

miejsce zamieszkania

b)

Imię i nazwisko

miejsce zamieszkania

4. Wypadek jest nie jest<sup>2)</sup> wypadkiem przy pracy określonym w art. 3 ust. 3 pkt 8 9 ustawy z dnia 30 października 2002 r. o ubezpieczeniu społecznym z tytułu wypadków przy pracy i chorób zawodowych (tj. Dz. U. z 2025 r., poz. 257) (uzasadnić, jeżeli zdarzenie nie uznano za wypadek przy pracy pracy)

5. Stwierdzono, że wyłączną przyczyną wypadku było udowodnione naruszenie przez poszkodowanego przepisów dotyczących ochrony życia i zdrowia, spowodowanie przez niego umyślnie lub wskutek nieudzielnego 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 poinformowano o prawie zgłoszenia uwag i zastrzeżeń do ustaleń zawartych w karcie wypadku

Imię i nazwisko poszkodowanego (członka rodziny)

data

2. Kartę sporządzono w dniu

2025-10-29

a) Zakład Ubezpieczeń

numer podmiotu zobowiązującego do sporządzenia karty

b)

Imię i nazwisko sporządzającego

2. Przeszkody i trudności uniemożliwiające sporządzenie karty wypadku w wymaganym terminie 14 dni:

Ostatni dokument potrzebny do uznania zdarzenia za wypadek przy pracy został dostarczony w dniu  
17-10-2025r

4. Kartę odebrano w dniu .....

podpis uprawnionego

5. Załączniki:

1. Zawiadomienie o wypadku
2. Wydruk z Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej.
3. Wyjaśnienie poszkodowanego
4. Wyjaśnienia świadka
5. Dokumentacja medyczna
6. Faktura
7. Oświadczenie poszkodowanego

Przekazano do wystąpienia

2025-10-29

Dnia ...

Nr przesyptki .....

<sup>2)</sup> Niepotrzebne skreślić.

POLECONY