

28

KARTA WYPADKU

I. DANE IDENTYFIKACYJNE PŁATNIKA SKŁADEK¹⁾

1. Imię i nazwisko lub nazwa _____

2. Adres siedziby _____

3. NIP _____, REGON _____, ESEK _____

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 folii antywłamaniowej podmuch wiatru wypchnął 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

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

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

3. Świadkowie wypadku:

- a) *imię i nazwisko* *miejsce zamieszkania*
- b) *imię i nazwisko* *miejsce zamieszkania*

4. Wypadek ~~jest~~ ^{nie jest} 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 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*

2. Kartę sporządzono w dniu 2025 -10- 2 9

a) Zakład Ubezpieczeń
nazwa podmiotu zobowiązanego 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

2) Niepotrzebne skreślić.

Przekazano do wystania
Data ... 2025 -10- 2 9

Nr przesylki ...

POLECONY