

KARTA WYPADKU

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 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 zgłoszającej wypadek

06.03.2025r.

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

Przedmiotem prowadzonej działalności przez Pana / w przeważającej części jest kod PKD 43.39.Z – Wykonywanie pozostałych robót budowlanych wykończeniowych

Adres siedziby firmy Pana jest taki sam jak adres zamieszkania.

W dniu zdarzenia 21.02.2025r. Pan wykonując zadania związane z prowadzoną pozarolniczą działalnością gospodarczą – wykonywał usługi remontowe na zlecenie w siedzibie klienta.

Podczas malowania pomieszczenia w siedzibie zleceniodawcy, około godz. 14.00 wechodząc na drabinę poślizgnął się i spadł z wysokości drugiego stopnia. W wyniku upadku odczuwał ból ręki, na którą spadł. Od

¹⁾ Nic wypełniający podmioty niebędące płatnikami składek na ubezpieczenie wypadkowe.

razu udał się do Wojewódzkiego Szpitala gdzie została udzielona pomoc medyczna i stwierdzono wielodłamowe, dostawowe złamanie końca dalszego kości promieniowej lewej z grzbietowym przemieszczeniem odłamów.

3. Świadkowie wypadku:

a) (zleceniodawca)
Imię i nazwisko _____ miejsce zamieszkania _____
b) (żona)
Imię i nazwisko _____ miejsce zamieszkania _____

4. Wypadek jest nie jest²⁾ 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 2022 r., poz. 2189) (uzasadnić, jeżeli zdarzenia nie uznano za wypadek przy pracy 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 zgłoszania uwag i zastrzeżeń do ustaleń zawartych w karcie wypadku

Imię i nazwisko poszkodowanego (członka rodziny) _____ data _____ podpis _____

2. Kartę sporządzono w dniu 04.04.2025

a) 2
nazwa podmiotu zobowiązującego do sporządzenia karty

b.
Imię i nazwisko sporządzającego

3. 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 24-03-2025r.

4. Kartę odebrano w dniu podpis uprawnionego _____

5. Załączniki:

1. Zawiadomienie o wypadku
2. Wydruk z Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej.
3. Zapis wyjaśnień poszkodowanego
4. Zapis informacji uzyskanych od pośredniego świadka wypadku
5. Dokumentacja medyczna
6. Faktura VAT za wykonywaną usługę
7. Oświadczenie zleceniodawcy.

017

2) Niepotrzebne skreślić.