

I. DANE IDENTYFIKACYJNE PŁATNIKA SKŁADEK ¹⁾

1. Imię i nazwisko lub nazwa _____ Działalność usługowa
wspomagająca chów i hodowlę zwierząt gospodarskich
2. Adres siedziby ul. _____
3. NIF _____
4. 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 ul. _____

5. Tytuł ubezpieczenia wypadkowego

(wymienić numer pozycji i pełny tytuł ubezpieczenia społecznego, zgodnie z art. 3 ust. 3 ustawy z dnia 30.10.2002 r. o ubezpieczeniu społecznym z tytułu wypadków przy pracy i chorób zawodowych – Dz. U. z 2025 r. poz. 257)
pkt 8-wykonywanie 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

14-03-2025r

2. Informacje dotyczące okoliczności, przyczyn, czasu i miejsca wypadku, rodzaju i umiejscowienia urazu

Jak wynika z zawiadomienia o wypadku do wypadku doszło 13-07-2024r około godz. 16.40 w miejscowości _____ Pani _____ w dniu zdarzenia była w stadninie koni w _____ w celu oglądania źrebiąt. Następnie udała się w stronę kliniki _____ sprawdzić swojego konia, który tam przebywa. W trakcie drogi pomiędzy miejscowościami na wysokości _____ pojazd jadący z naprzeciwka wymusił pierwszeństwo doprowadzając do zderzenia czołowego. Pierwsza pomoc medyczna została udzielona przez lekarza w Szpitalu w _____, gdzie stwierdzono uraz wielonarządowy.

1) Nie wypełniają podmioty niebędące płatnikami składek na ubezpieczenie wypadkowe

3. Świadczenie wypadku:

1.

imię i nazwisko

miejsce zamieszkania

4. Wypadek jest ~~nie jest~~² wypadkiem 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 (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 skutek rażącego niedbalstwa (podać dowody)

NIE STWIERDZONO

6. Stwierdzono, że poszkodowany, będąc w stanie nietrzeźwości, 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 (zgłoszone uwagi i zastrzeżenia dołącza się do karty wypadku)

imię i nazwisko poszkodowanego (członka rodziny)

data

podpis

2. Kartę sporządzono³⁾ w dniu

a) Zakład Ubezpieczeń Społecznych

nazwa podmiotu zobowiązanego do sporządzenia karty

b)

imię i nazwisko sporządzającego

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

Prowadzono postępowanie wyjaśniające, które zakończono 03-04-2025r

4. Kartę odebrano w dniu

podpis uprawnionego

5. Załączniki:

2) Niepotrzebne skreślić.