

**KARTA WYPADKU**  
**Nr 39/2025**

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

1. Imię i nazwisko lub nazwa :   

2. Adres siedziby: ul.   

3. NIP:   

Dokument tożsamości (dowód osobisty lub paszport)

Dowód osobisty

rodzaj dokumentu

seria numer

**II. DANE IDENTYFIKACYJNE POSZKODOWANEGO**

1. Imię i nazwisko poszkodowanego: Z.  

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

Pozycja Nr 8, ubezpieczenie z tytułu prowadzenia pozarolniczej działalności gospodarczej .

**III. INFORMACJE O WYPADKU**

1. Data zgłoszenia oraz imię i nazwisko osoby zgłaszającej wypadek :

01.08.2025r., Pan

2. Informacje dotyczące okoliczności, przyczyn, czasu i miejsca wypadku, rodzaju i umiejscowienia urazu: Pan    prowadzi działalność gospodarczą w zakresie wykonywania transportu drogowego towarów pod nazwą   

Uslugi, Handel. Poszkodowany w dniu 16.10.2023r., podczas wykonywania obsługi codziennej polegającej na sprawdzeniu pojazdu i HDS urządzenia dźwigowego, schodząc po schodach urządzenia dźwigowego, tylem do kierunku schodzenia, wykonując obrót na ostatnim stopniu schodów doznał urazu. Następnie zgłosił się na Szpitalny Oddział ratunkowy w    – tam otrzymał pomoc medyczną stwierdzono uraz w postaci złamania kostek goleni lewej

Przyczyna wypadku bezpośrednia: wykonanie nagłego obrotu

Przyczyna wypadku pośrednia: schodzenie tylem po schodach w kierunku schodzenia

3. Świadkowie wypadku:

a) .....

b) .....

imię i nazwisko,

miejsce zamieszkania

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