

## KARTA WYPADKU NF

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

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 albo art. 3a ustawy z dnia 30 października 2002r. o ubezpieczeniu społecznym z tytułu wypadków przy pracy i chorób zawodowych (Dz. U. z 2022r. poz. 2189, z późn. zm.))

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:

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

Wypadek 10-04-2025 r.

Zgodnie z zaświadczeniem z Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej Pan \_\_\_\_\_ prowadzi działalność gospodarczą z zakresu konserwacji i naprawy pojazdów samochodowych z wyłączeniem motocykli.

W dniu wypadku tj. 10-04-2025 r. poszkodowany rozpoczął pracę o godzinie 08:00. Jego praca polegała na naprawie samochodu osobowego marki Volkswagen Passat \_\_\_\_\_ 1a

przechodząc obok kanału diagnostycznego poślizgnął się na plamie płynu chłodniczego, utracił równowagę i wpadł do tego kanału doznając urazu. Pierwszej pomocy udzielono poszkodowanemu na Izbie Przyjęć Szpitala w \_\_\_\_\_ gdzie rozpoznano: stłuczenie stawu ramiennego lewego.

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

2 Świadczenie wypadku:

1) .....

2) .....  
imię i nazwisko ..... miejsce zamieszkania .....

4. Wypadek ~~jest nie jest~~<sup>2)</sup> wypadkiem przy pracy określonym w art. 3 ust. 3 pkt 8 <sup>3)</sup> / ~~albo art. 2a~~<sup>4)</sup> ustawy z dnia 30 października 2002 r. o ubezpieczeniu społecznym z tytułu wypadków przy pracy i chorób zawodowych (uzasadnić i wskazać dowody, 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 (wskazać 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 (wskazać 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

.....  
podpis

2. Kartę wypadku sporządzono w dniu **07-08-2025 r.**

1) .....

ZAKŁAD UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH

.....  
nazwa podmiotu obowiązującego do :  
karty wypadku

.....  
V

.....  
rch

.....  
imię i nazwisko sporządzającego  
kartę wypadku

.....  
podpis

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

**W sprawie prowadzono postępowanie wyjaśniające, które zakończono 29-07-2025 r.**

4. Kartę wypadku odebrano w dniu .....

.....  
podpis uprawnionego

5. Załączniki: brak

<sup>2)</sup> Niepotrzebne skreślić.

<sup>3)</sup> Wpisać odpowiedni punkt z art. 3 ust. 3 ustawy z dnia 30 października 2002 r. o ubezpieczeniu społecznym z tytułu wypadków przy pracy i chorób zawodowych.