

KARTA WYPADKU nr 47/2025 r.

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 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)

poz. 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: 22.05.2025 r. – Pan

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

Pan prowadzi pozarolniczą działalność gospodarczą m.in. w zakresie wykonywania instalacji elektrycznych. 6.05.2025 r. zawarł ustną umowę z Firmą Handlowo-Uslugową Przedmiotem umowy było wykonanie prac elektromonterskich, tj. wykonanie rozdzielnicy elektrycznej RB w miejscowości w oddziale firmy. Strony umówili się, że prace będą wykonane 14.05.2025 r. Pan przyjechał do klienta ok. godz. 14.00. Po omówieniu zleconej pracy, ok. godz. 15.00 przystąpił do demontażu uszkodzonych styczników, bezpieczników, przegrzanych gniazd i okablowania. Ok. godz. 20.00 podczas montażu musiał obrócić rozdzielnicę w celu montażu gniazd 230V, 400V. Podczas podnoszenia rozdzielnicy o wadze 30 kg poczuł nagle silny ból w prawej ręce. Ból był na tyle silny, że przerwał pracę i wrócił do domu. Skontaktował się telefonicznie z mężem klientki i poinformował o zdarzeniu. Dnia 15.05.2025 r. zgłosił się na SOR Szpitala w gdzie udzielono mu pierwszej pomocy medycznej. W wyniku zdarzenia p. doznał urazu mięśnia dwugłowego ramienia prawego.

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

3. Świadkowie wypadku:

a) **brak**  
*(imię i nazwisko)*

-----  
*(adres zamieszkania)*

4. Wypadek jest **nie-jest**<sup>2)</sup> wypadkiem przy pracy 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 wskutek rażącego niedbaństwa (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 18.07.2025 r.

a) Zakład Ubezpieczeń Społecznych  
*nazwa podmiotu zobowiązującego do sporządzenia karty*

b)  
*imię i nazwisko sporządzającego*

3. Przeszkody i trudności uniemożliwiające sporządzenie karty wypadku w wymaganym terminie 14 dni: postępowanie wyjaśniające z p.

4. Kartę odebrano w dniu – wysłano listem poleconym .....  
*podpis uprawnionego*

5. Załączniki:

<sup>2)</sup> Niepotrzebne skreślić.