

Zakład Ubezpieczeń Społecznych

KARTA WYPADKU 6/2025

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

03.02.2025r.

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

Przedmiotem prowadzonej działalności przez Pana/ Obróbkę Mechaniczną elementów metaliowych.

w przeważającej części jest kod PKD 25.62.Z -

Adres siedziby firmy Pana _____ jest taki sam jak adres zamieszkania.

W dniu zdarzenia 15.11.2024r. Pan _____ wykonywał usługi spawalnicze na terenie .

Podeczas spawania konstrukcji stalowych doszło do zapalenia się odzieży roboczej na wysokości lewego przedramienia. Oparzenia wywołały ogromny ból. Na terenie zakładu udzielono Panu . pomocy przedmedycznej, a następnie przewieziono do Szpitala Miejskiego w , skąd pokierowany został do

¹⁾ Nie wypełniają podmioty niebędące płatnikami składek na ubezpieczenie wypadkowe.