

Nazwa i adres podmiotu  
sporządzającego kartę  
wypadku lub plerzgnika, jeżeli ją  
posiada

## KARTA WYPADKU 25/2025

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

1. Imię i nazwisko lub nazwa Zakład Usług Taplerskich

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 1

4. Adres zamieszkania

5. Tytuł ubezpieczenia wypadkowego (wymienić numer pozycji i pełny tytuł ubezpieczenia społecznego,  
zgodnie z art. 3 ust. 3 ustawy z 30 października 2002 r. o ubezpieczeniu społecznym z tytułu wypadków przy  
pracy i chorób zawodowych Dz. U. z 2025 poz. 257)

POZYCJA NR 8 – WYKONYWANIE ZWYKŁYCH CZYNNOŚCI ZWIĄZANYCH Z PROWADZENIEM DZIAŁALNOŚCI POZAPOLNICZEJ W  
ROZUMIENIU PRZEPISÓW O SYSTEMIE UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH

### III. INFORMACJE O WYPADKU

1. Data zgłoszenia oraz imię i nazwisko osoby zgłaszającej wypadek  
17-07-2025r.

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

Pan prowadził Zakład Usług Taplerskich - zajmuje się naprawą i konserwacją mebli oraz  
wyposażenia domowego. Do wypadku doszło 28-06-2025r. około godz. 16:20 podczas przygotowywania  
(dorabiania) elementów drewnianych do naprawy kanapy – w celu wymiany zniszczonych części na nowe.  
Poszkodowany pracował na maszynie tzw. strugarce (wyrównywawce) firmy „Jaroma”, która według wyjaśnień  
poszkodowanego, była całkowicie sprawna technicznie i użytkowana zgodnie z zasadami producenta.  
Przyczyną wypadku było nagłe cofnięcie się (wyrwanie) drewnianego elementu spod noży skrawających i  
palców poszkodowanego trzymających ten element, co doprowadziło do ich dostania się pod noże, w wyniku  
czego Pan doznał częściowej utraty palca II lewej ręki na poziomie paliczka środkowego oraz  
licznych ran palców III, IV, V, VI lewej ręki, co potwierdza karta informacyjna szpitalnego oddziału ratunkowego  
szpitala w

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

3. Świadczenie wypadku :-

4. Wypadek jest ~~nie-jest~~<sup>2)</sup> wypadkiem przy pracy określonym w art. 3 ust. 3 pkt 8 ustawy z 30 października 2002 r. o ubezpieczeniu społecznym z tytułu wypadków przy pracy i chorób zawodowych (Dz. U. z 2025, 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 niedbalstwa (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)  
BADANO – 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 sporządzono w dniu 06-10-2025r.

a)

.....  
nazwa podmiotu zobowiązanego do sporządzenia karty

.....  
pieczęć

b) :

.....  
Imię i nazwisko sporządzającego

.....  
STARSZY APROBANT

.....  
podpis

3. Przeszkody i trudności uniemożliwiające sporządzenie karty wypadku w wymaganym terminie 14 dni:  
oczekiwanie: na potwierdzenie, czy w dniu wypadku ubezpieczony podlegał ubezpieczeniu wypadkowemu oraz na dokumenty wymienione w naszych pismach z 21-08-2025r. oraz 11-09-2025r.

4. Kartę odebrano w dniu .....

.....  
podpis, uprawnionego

5. Załączniki:

.....  
.....

2) Niepotrzebne skreślić.