

przez posiadacza podmiotu  
sporządzającego kartę  
wypadku lub pieczętkę,  
jeżeli ją posiada

## KARTA WYPADKU 7 / 2025

### I. DANE IDENTYFIKACYJNE PŁATNIKA SKLADEK<sub>1)</sub>

1. Imię i nazwisko lub nazwa

2. Adres siedziby

3. NIP

REGON

PESEL

Dokument tożsamości (dowód osobisty lub paszport)

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 2022 r., poz. 2189 )

Poz. 8 – wykonywanie zwykłych czynności związanych z prowadzeniem pozarolniczej działalności

Nie wypełniają podmioty niebędące płatnikami składek na ubezpieczenie wypadkowe.

### III. INFORMACJE O WYPADKU

1. Data zgłoszenia oraz imię i nazwisko osoby zgłoszającej wypadek 15.11.2024 r.

[redacted]

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

Poszkodowany prowadzi działalność gospodarczą w zakresie robót budowlanych w ramach firmy [redacted] Do wypadku doszło w dniu 30.10.2024 r. o godzinie 12.00 [redacted] gdzie poszkodowany wykonywał usługę remontowo-budowlaną u klienta. Podczas schodzenia z drabiny Panu [redacted] nagle objechała nogą na szczeblu i upadł. Poszkodowany sam wezwał pogotowie ratunkowe, któreabrało go do szpitala [redacted]. Na skutek wypadku [redacted] doznał złamania podudzia, łącznie ze stawem skokowym, złamania nasady bliższej piszczeli po stronie prawej.

3. Świadkowie wypadku:

BRAK

imię i nazwisko

miejsce zamieszkania

4. Wypadek JEST wypadkiem przy pracy określonym w art. 3 ust. 3 pkt 8 3) 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

2) Niepotrzebne skreślić.

3) 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.

6. Stwierdzono, że poszkodowany, będąc w stanie nienierównowagi 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 zapoznano z treścią karty wypadku i pouczono o prawie zgłoszenia uwag i zastrzeżeń do ustaleń zawartych w karcie wypadku

[redacted]  
imię i nazwisko poszkodowanego

[redacted].....  
data i podpis

2. Kartę wypadku sporządzono w dniu **4.02.2025 r.**

**I) ZAKŁAD UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH ODDZIAŁ W**

nazwa podmiotu obowiązanego do sporządzenia pieczętka, jeżeli ją posiada  
karty wypadku

[redacted]

[redacted]

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

**UZYSKANIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ ORAZ POTWIERDZENIA OD  
ZLECENIODAWCY.**

4. Kartę wypadku odebrano w dniu

[redacted].....  
podpis uprawnionego

5. Załączniki:

1. **ZAWIADOMIENIE O WYPADKU.**
2. **WYJAŚNIENIA POSZKODOWANEGO.**
3. **POTWIERDZENIE ZLECENIODAWCY.**
4. **DOKUMENTACJA MEDYCZNA.**
5. **WYDRUK Z CEIDG.**

