

KARTA WYPADKU

I. DANE IDENTYFIKACYJNE PŁATNIKA SKŁADEK¹⁾

1. Imię i nazwisko lub nazwa _____
2. Adres siedziby: Gmina Osiek, 25-315 Osiek

3. N

Dokument tożsamości (dowód osobisty lub paszport)

F

II. DANE IDENTYFIKACYJNE POSZKODOWANEGO

- 1. Imię i nazwisko poszkodowanego:**

2. PESEL:

Dokument tożsamo-

Dokument tożsamości (Dowód osobisty)

Beweż osobisty rodzaj dokumentu

Using *asymptotic*

3. Data i miejsce urodzenia

4. Adres zamieszkania (

5 Tytuł ubezpieczenia

5. Tytuł szczegółowa

społecznego, zgodnie z
społecznym z tytułu wy-

społecznych z tytułu wy-
teków jednopolityw)

-terst jehnity).

Pozycja Nr 8,ubezpiecz

III. INFORMACJE O WYPADKU

1. Data zgłoszenia oraz imię i nazwisko osoby zgłaszającej wypadek:

12.12.2024г., Pan

2. Informacje dotyczące okoliczności, przyczyn, czasu i miejsca wypadku, rodzaju i umiejscowienia urazu: Pan prowadzi działalność gospodarczą w zakresie przygotowywania terenu pod budowę pod nazwą Poszkodowanemu w dniu **07.11.2024r.**, podczas pracy na drodze ekspresowej S19 w okolicy węzła „Węglin” poszkodowany został potrącony lusterkiem przez przejeżdżający samochód który nie zachował należytej ostrożności. Po tym zdarzeniu poszkodowany poczuł ból przedramienia. Na Szpitalnym Oddziale Ratunkowym w otrzymał pomoc medyczną - stwierdzono uraz przedramienia prawego.

Przyczyna wypadku bezpośrednia: potrącenie przez innego uczestnika drogi

Przyczyna wypadku pośrednia: brak.

3. Świadkowie wypadku:

a) *Contra* *versus* *contra* *versus* *versus* *versus* *versus* *versus* *versus*

b)

imie i nazwisko : *miejsce zamieszkania*

4. Wypadek **nie jest**²⁾ wypadkiem przy pracy określonym w art. 3 ust. 3 pkt 8. ustawy z dnia 30 października 2002r. o ubezpieczeniu społecznym z tytułu wypadków przy pracy i chorób zawodowych (uzasadnić, jeżeli zdarzenia nie uznano za wypadek przy pracy pracy):

1) Nie wypełniają podmioty nie będące płatnikami składek na ubezpieczenie wypadkowe,

²⁾ Nienotrzekne skreslić.

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 badano

IV. POZOSTAŁE INFORMACJE

1. Poszkodowanego (członka rodziny) zapoznano z treścią karty wypadku i pouczono o prawie zgłoszenia uwag i zastrzeżeń do ustaleń zawartych w karcie wypadku

imię i nazwisko poszkodowanego (członka rodziny)

data

podpis

2. Kartę sporządzono w dniu: 17.02.2025r.

KŁAD UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH

a) .

nazwa podmiotu zobowiązanej do sporządzenia karty

p....., ją posiada

APROBANT

b) .

imię i nazwisko sporządzającego

podpis i pieczętka, jeżeli ją posiada

3. Przeszkody i trudności uniemożliwiające sporządzenie karty wypadku w wymaganym terminie 14 dni z powodu oczekiwania na dodatkowe dokumenty .

4. Kartę odebrano w dniu

podpis uprawnionego

STARSHY SPECJALISTY