

## KARTA WYPADKU

1

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

1. Imię i nazwisko lub nazwa \_\_\_\_\_

2. Adres siedziby: \_\_\_\_\_

3. P

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 2002r. o ubezpieczeniu społecznym z tytułu wypadków przy pracy i chorób zawodowych Dz. U. z 2022r., poz. 2189 - tekst jednolity):

Pozycja Nr 8, ubezpieczenie z tytułu prowadzenia pozarolniczej działalności gospodarczej.

### III. INFORMACJE O WYPADKU

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

12.12.2024r., 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 „Węgliń” 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. Świadczenie w wypadku:

a) \_\_\_\_\_

b) .....

imię i nazwisko,

miejsce zamieszkania

4. Wypadek ~~nie~~ jest <sup>2)</sup> 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):

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

<sup>2)</sup> Niepotrzebne skreślić.

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 zgłaszania 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.

SKŁAD UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH

a) .

nazwa podmiotu zobowiązanego do sporządzenia karty

p. .... ją posiada

b) .

imię i nazwisko sporządzającego

podpis i pieczętka, jeżeli ją posiada

APROBANT

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

STARSZY SPECJALISTA