

KARTA WYPADKU 24/2025

I. DANE IDENTYFIKACYJNE PŁATNIKA SKŁADEK¹⁾

1. Imię i nazwisko lub nazwa
2. Adres siedziby: ul.
3. NIP REGION PESEL
- Dokument tożsamości (dowód osobisty lub paszport)

DOWÓD OSOBISTY

rodzaj dokumentu

Series

nummer

II. DANE IDENTYFIKACYJNE POSZKODOWANEGO

1. Imię i nazwisko poszkodowanego
2. PESEL
- Dokument tożsamości (dowód osobisty lub paszport)

DOWÓD OSOBISTY

rodzaj dokumentu

- ### 3. Data i miejsce urodzenia

4. Adres zamieszkania: ul. Warszawa.

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 POZAROLNICZEJ W ROZUMIENIU PRZEPISÓW O SYSTEMIE UBEZPIECZEŃ
SPOŁECZNYCH

III. INFORMACJE O WYPADKU

1. Data zgłoszenia oraz imię i nazwisko osoby zgłaszającej wypadek
28.08.2025 r.

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

Pan prowadzi działalność gospodarczą polegającą na świadczeniu usług transportowych i obrocie towarami. W dniu wypadku, tj. 25.08.2025 r. pracę rozpoczął o godz. 14.00 w magazynie zlokalizowanym w miejscowości W ramach podpisanej 3.10.2016 r. umowy z zawarł umowę o pracę na pełen etat na stanowisku w firmie

Pan Wojciech kompletował zamówienie. Zamówienia wyświetlają się na skanerze, a Pan zbiera artykuły do danego pojemnika. Idąc po towar uderzył lewą ręką w plastikowy pojemnik, do którego kompletował zamówienie. Ręka spuchła i bolała więc udał się do szpitala na SOR. Po przeprowadzeniu badań stwierdzono: złamanie V kości śródreżcza lewego.

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

3. Świadczenie wypadku:

- a)
imię i nazwisko miejsce zamieszkania
- b)
imię i nazwisko miejsce zamieszkania

4. Wypadek jest ~~nie jest~~²⁾ 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)

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 22.09.2025 r.

.....
nazwa podmiotu zobowiązanego do sporządzenia karty pieczęć

- b)
imię i nazwisko sporządzającego podpis

Z-CA NACZELNIKA

3. Przeszkody i trudności uniemożliwiające sporządzenie karty wypadku w wymaganym terminie 14 dni:
oczekiwanie: na potwierdzenie, czy w dniu wypadku podlegał Pan ubezpieczeniu wypadkowemu,

4. Kartę odebrano w dniu
..... podpis uprawnionego

5. Załączniki:

.....
.....

²⁾ Niepotrzebne skreślić.