

Nazwa i adres podmiotu  
sporządzającego kartę wypadku

KARTA WYPADKU nr 3/2025

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

Imię i nazwisko lub nazwa

Adres siedziby

NIP

REGON

PESEL

Dokument tożsamości (dowód osobisty lub paszport)

dowód osobisty

rodzaj dokumentu

seria

numer

DANE IDENTYFIKACYJNE POSZKODOWANEGO

Imię i nazwisko poszkodowanego

PESEL

Dokument tożsamości (dowód osobisty lub paszport)

dowód osobisty

rodzaj dokumentu

seria

numer

Data i miejsce urodzenia

Adres zamieszkania

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 2022r r. poz. 2189)

**pkt.8 - wykonywanie zwykłych czynności związanych z prowadzeniem działalności  
pozarolniczej w rozumieniu przepisów o systemie ubezpieczeń społecznych**

INFORMACJE O WYPADKU

Data zgłoszenia oraz imię i nazwisko osoby zgłaszającej wypadek 10-12-2024 r.

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

2. Informacje dotyczące okoliczności, przyczyn, czasu i miejsca wypadku, rodzaju i umiejscowienia urazu
- Pan: \_\_\_\_\_ prowadzi pozarolniczą działalność gospodarczą w zakresie konserwacji i naprawy pojazdów samochodowych oraz mobilny serwis naprawy samochodów. Dnia 05-11-2024 około godz. 21:00 otrzymał zgłoszenie awarii pojazdu przez klienta. Pan \_\_\_\_\_ pojechał wraz z pracownikiem Panem \_\_\_\_\_ na parking dla samochodów ciężarowych, który mieścił się w strefie przemysłowej w \_\_\_\_\_. Do wymiany w uszkodzonym pojeździe była tarcza hamulcowa. Podczas montażu zacisku hamulcowego na palec uszkodzonego spadła tarcza hamulcowa. Po opatrzeniu palca, pracownik zawiadził Pana \_\_\_\_\_ na SOR do szpitala w \_\_\_\_\_. Tam wykonano prześwietlenie ręki oraz opatrzone palec. Stwierdzono otwartą ranę nadgarstka i ręki – otwarta rana palca (palców) ręki z uszkodzeniem paznokcia. Poszkodowany otrzymał skierowanie do Poradni Chirurgicznej w celu dalszego leczenia oraz zwolnienie lekarskie od 05-11-2024r.

3. Świadkowie wypadku:

1)

imię i nazwisko \_\_\_\_\_

miejsce zamieszkania \_\_\_\_\_

4. Wypadek jest /nie jest<sup>2</sup> wypadkiem przy pracy określonym w art. 3 ust. 3 pkt 8<sup>3</sup> albo art. 2a<sup>4</sup> 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

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

<sup>2</sup> Niepotrzebne skreślić.

<sup>3</sup> 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.

<sup>4</sup> Niepotrzebne skreślić.

14

#### IV. POZOSTALE 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 wypadku sporządzono w dniu 30-01-2025 r.

**Zakład Ubezpieczeń Społecznych Oddział w**

1).

nazwa podmiotu obowiązującego  
do sporządzenia karty wypadku

2)

Imię i nazwisko sporządzającego kartę wypadku

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

**Postępowanie wyjaśniające z poszkodowanym.**

4. Kartę wypadku w dniu

**wysłano listem poleconym**

podpis uprawnionego

5. Załączniki:

**Wykaz ewidencji z ubezpieczenia społecznego.**

