

KARTA WYPADKU 24/2025

I. DANE IDENTYFIKACYJNE PŁATNIKA SKŁADEK¹⁾

1. Imię i nazwisko lub nazwa

2. Adres siedziby: ul.

3. NIP REGON PESEL
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

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 obrotie towarem. 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 o współpracy w zakresie świadczenia usług,

Pan Wojciech kompletował zamówienie. Zamówienia wyświetlały 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 śródręcza lewego.

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

3. Świadkowie wypadku:

a)
imię i nazwisko
miejscze zamieszkania

b)
imię i nazwisko
miejscze zamieszkania

4. Wypadek jest nie jest²⁾ 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 nieważności 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 zgłoszania 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 zobowiązującego do sporządzenia karty
pieczętka

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.