………………………………………

………………………………………

………………………………………

*Nazwa i adres podmiotu sporządzającego*

*kartę wypadku lub pieczątka, jeżeli ją posiada*

**KARTA WYPADKU**

I. DANE IDENTYFIKACYJNE PŁATNIKA SKŁADEK[[1]](#footnote-1)

1. Imię i nazwisko lub nazwa …………………………………………………………………………………………………….
2. Adres siedziby: …………………………………………………………………………………………………………………….
3. NIP………………………… REGON ……………………… PESEL ……………………………………………………………..

Dokument tożsamości (dowód osobisty lub paszport)

……………………………………………………………………………………………………………………………………………..

rodzaj dokumentu seria numer

II. DANE IDENTYFIKACYJNE POSZKODOWANEGO

1. Imię i nazwisko poszkodowanego ……………………………………………………………………………………….
2. PESEL…………………………………………… NIP ……………………………………………………………………………….

Dokument tożsamości (dowód osobisty lub paszport):

……………………………………………………………………………………………………………………………………………..

rodzaj dokumentu seria numer

1. Data i miejsce urodzenia……………………………………………………………………………………………………….
2. Adres zamieszkania………………………………………………………………………………………………………………
3. 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 2009 r. Nr 167, poz. 1322, z późn. zm.)

…………………………………………………………………………………………………………………………………………….

III. INFORMACJE O WYPADKU

1. Data zgłoszenia oraz imię i nazwisko osoby zgłaszającej wypadek

……………………………………………………………………………………………………………………………………………...

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

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………...……………………………………………………………………………………………………………………………………………..

1. Świadkowie wypadku:
   1. ………………………………………………………………………………………………………………………………………..
   2. ………………………………………………………………………………………………………………………………………..

imię i nazwisko miejsce zamieszkania

1. Wypadek jest / nie jest[[2]](#footnote-2) wypadkiem określonym w art. 3 ust. 3 pkt …… ustawy z dnia 30 października 2002 r. o ubezpieczeniu społecznym z tytułu wypadków przy pracy i chorób zawodowych (Dz.U. Nr 199, poz. 1673) (uzasadnić, jeżeli zdarzenia nie uznano za wypadek przy pracy)  
   ……………………………………………………………………………………………………………………………………………....………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….…………………………………………………………………………………………………………………………………………….…………………………………………………………………………………………………………………………………………....
2. 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 powody) ………………………………………………………………………………………………………………………………  
   ……………………………………………………………………………………………………………………………………………..……………………………………………………………………………………………………………………………………………..……………………………………………………………………………………………………………………………………………..……………………………………………………………………………………………………………………………………………...…………………………………………………………………………………………………………………………………………….
3. Stwierdzono, że poszkodowany, będąc w stanie nietrzeźwości, 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) ………………………………….………………………………………………………………………………………………….  
   ……………………………………………………………………………………………………………………………………………...  
   ……………………………………………………………………………………………………………………………………………..……………………………………………………………………………………………………………………………………………..……………………………………………………………………………………………………………………………………………..

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 (zgłoszone uwagi i zastrzeżenia dołącza się do karty wypadku)

……………………………………………………………………………………………………………………………………………..

**imię i nazwisko poszkodowanego (członka rodziny)** data podpis

1. Kartę sporządzono[[3]](#footnote-3) w dniu ……………………………………
   1. ………………………………………………………………………………………………………………………………………..  
      nazwa podmiotu zobowiązanego do sporządzenia karty pieczątka
   2. ………………………………………………………………………………………………………………………………………..  
      imię i nazwisko sporządzającego podpis
2. Przeszkody i trudności uniemożliwiające sporządzenie karty wypadku w wymaganym terminie 14 dni

……………………………………………………………………………………………………………………………………………...

……………………………………………………………………………………………………………………………………………...

……………………………………………………………………………………………………………………………………………...  
 ……………………………………………………………………………………………………………………………………………...

1. Kartę odebrano w dniu………………………… …………………………………

podpis uprawnionego

1. Załączniki:

……………………………………………………………………………………………………………………………………………...

……………………………………………………………………………………………………………………………………………...

……………………………………………………………………………………………………………………………………………...

……………………………………………………………………………………………………………………………………………... ……………………………………………………………………………………………………………………………………………... ……………………………………………………………………………………………………………………………………………...

1. *Nie wypełniają podmioty niebędące płatnikami składek na ubezpieczenie wypadkowe.* [↑](#footnote-ref-1)
2. *Niepotrzebne skreślić* [↑](#footnote-ref-2)
3. *Kartę sporządza się w 3 egzemplarzach: pierwszy egzemplarz otrzymuje poszkodowany, drugi egzemplarz pozostaje u podmiotu ustalającego okoliczności wypadku, trzeci egzemplarz przekazywany jest do Zakładu Ubezpieczeń Społecznych (jeżeli zdarzenie uznano za wypadek przy pracy)* [↑](#footnote-ref-3)