……

……
(nazwa i adres podmiotu
sporządzającego kartę wypadku
lub pieczątka, jeżeli ją posiada)

Karta wypadku
w drodze do pracy lub z pracy

I. DANE IDENTYFIKACYJNE PŁATNIKA SKŁADEK*

1. Imię i nazwisko lub nazwa i adres płatnika składek na ubezpieczenia społeczne

……

……

2.NIP ……..... 3.REGON……

4. PESEL.....

5. Dokument tożsamości (dowód osobisty albo paszport)

……
(rodzaj dokumentu) *(seria)* *(numer)*

II. DANE IDENTYFIKACYJNE POSZKODOWANEGO

1. Imię i nazwisko poszkodowanego

……

2. PESEL ……

3. Dokument tożsamości (dowód osobisty lub paszport)

……
(rodzaj dokumentu) *(seria)* *(numer)*

4. Data i miejsce urodzenia poszkodowanego……

…… ……

5. Adres zamieszkania poszkodowanego……

……

6. Tytuł ubezpieczenia rentowego/chorobowego **……

……

III. INFORMACJE O WYPADKU

1. Data wypadku ……..

2. W dniu wypadku poszkodowany:

1) miał rozpocząć pracę o godz. …….

2) zakończył pracę o godz.……..……..……..

3.Wypadek zdarzył się**:

1) w drodze z domu do pracy/w drodze z pracy do domu;
2) w drodze do/z miejsca:
   a) innego zatrudnienia lub innej działalności stanowiącej tytuł ubezpieczenia rentowego,
   b) zwykłego wykonywania funkcji lub zadań zawodowych albo społecznych,
   c) zwykłego spożywania posiłków,
   d) odbywania nauki lub studiów.

4. Szczegółowy opis okoliczności, miejsca i przyczyn wypadku:

…….

…….

…….

…….

…….

…….

…….

…….

…….

…….

5. W sprawie wypadku były/nie były** podjęte czynności przez odpowiednie organy

……

……

……

……

6. Wypadek spowodował niezdolność do pracy od…….....do……..……***

Wypadek spowodował zgon……..……..

7. Świadkowie wypadku:

1) ……..

2) ……..

3) …….

(imię i nazwisko) (adres zamieszkania)

8. Wypadek jest wypadkiem w drodze do pracy lub z pracy TAK/NIE**

9. Uzasadnienie nieuznania wypadku za wypadek w drodze do pracy lub z pracy**:

……

……

……

……

……

IV. POZOSTAŁE INFORMACJE

1. Kartę wypadku sporządzono w dniu ……

……

(imię i nazwisko sporządzającego kartę wypadku, podpis i pieczątka, jeżeli ją posiada)

2. Miejscowość sporządzenia karty wypadku ……

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

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

4. Kartę wypadku odebrano w dniu ……

(*podpis* ***uprawnionego)***

---

* Nie wypełniają podmioty niebędące płatnikami składek na ubezpieczenie rentowe/chorobowe.

** Niepotrzebne skreślić.

*** Podać okres niezdolności do pracy objęty zaświadczeniem lekarskim, które zostało przedłożone przed sporządzeniem karty wypadku Podmiot sporządzający kartę wypadku, niebędący płatnikiem składek, wpisuje okres niezdolności do pracy na podstawie oświadczenia poszkodowanego lub członka jego rodziny.