**PROCEDURA POSTEPOWANIA**

**POWYPADKOWEGO PRACOWNIKA**

**ZESPOŁU SZKÓŁ SPECJALNYCH W BRZEZINACH**

1. Definicja

**Wpadek przy pracy** – nagłe zdarzenie wywołane przyczyną zewnętrzną powodujące uraz lub śmierć, które nastąpiło w związku z pracą:

1. podczas lub w związku z wykonywaniem przez pracownika zwykłych czynności lub poleceń przełożonych;
2. podczas lub w związku z wykonywaniem przez pracownika czynności na rzecz pracodawcy, nawet bez polecenia;
3. w czasie pozostawania pracownika w dyspozycji pracodawcy w drodze między siedzibą pracodawcy a miejscem wykonywania obowiązku wynikającego ze stosunku pracy.
4. Rodzaje wypadków przy pracy
5. **Ciężki wypadek przy pracy** – wypadek, w wyniku którego nastąpiło ciężkie uszkodzenie ciała, takie jak: utrata wzroku, słuchu, mowy, zdolności rozrodczej lub inne uszkodzenie ciała albo rozstrój zdrowia, naruszające podstawowe funkcje organizmu, a także choroba nieuleczalna lub zagrażająca życiu, trwała choroba psychiczna, całkowita lub częściowa niezdolność do pracy w zawodzie albo trwałe, istotne zeszpecenie lub zniekształcenie ciała.
6. **Śmiertelny wypadek przy pracy** – wypadek, w wyniku którego nastąpiła śmierć w okresie nieprzekraczającym 6 miesięcy od dnia wypadku.
7. **Zbiorowy wypadek przy pracy** – wypadek, któremu w wyniku tego samego zdarzenia uległy co najmniej dwie osoby.

Wypadek traktowany na równi z wypadkiem przy pracy.

Na równi z wypadkiem przy pracy, w zakresie uprawnienia do świadczeń określonych w ustawie, traktuje się wypadek, któremu pracownik uległ:

* w czasie podróży służbowej, chyba że wypadek spowodowany został postępowaniem pracownika, które nie pozostaje w związku z wykonywaniem powierzonych mu zadań;
* podczas szkolenia w zakresie powszechnej samoobrony;
* przy wykonywaniu zadań zleconych przez działające u pracodawcy organizacje związkowe.
1. Procedura powypadkowa
2. Pracownik, który uległ wypadkowi, jeżeli pozwala na to jego stan zdrowia, oraz każdy pracownik, który zauważył wypadek lub dowiedział się o nim, **jest zobowiązany niezwłocznie powiadomić przełożonego**.
3. Należy w miarę możliwości zabezpieczyć miejsce wypadku.
4. Osoba zgłaszająca wypełnia znajdujący się w sekretariacie formularz o nazwie **,,Zawiadomienie o wypadku przy pracy”** Załącznik 1 i przekazuje go dyrektorowi lub pozostawia w sekretariacie.
5. Dyrektor (w razie konieczności) zabezpiecza miejsce wypadku, niezwłocznie powiadamia pracownika służby BHP i powołuje zespół powypadkowy, który bada okoliczności i przyczyny wypadku oraz ustala, czy wypadek pozostaje w związku z pracą.
6. W razie zaistnienia wypadku ciężkiego, śmiertelnego lub zbiorowego obowiązkiem pracodawcy jest niezwłoczne poinformowanie o zdarzeniu Państwową Inspekcję Pracy oraz Prokuraturę.
7. Zespół powypadkowy ustala okoliczności wypadku zgodnie z aktualnymi przepisami prawnymi i sporządza stosowną dokumentację.
8. **Zadania zespołu powypadkowego:**

Kolejność postępowania powypadkowego od momentu zgłoszenia incydentu jest następująca (postępowanie w razie wystąpienia wypadku przy pracy):

1. Pracodawca powołuje zespół powypadkowy w skład, którego wchodzą:
	* Pracownik służby bhp (jeżeli w zakładzie nie ma obowiązku tworzenia służby bhp pracodawca lub pracownik któremu powierzono zadania służby bhp lub specjalista spoza zakładu)
	* Społeczny Inspektor Pracy (jeżeli w zakładzie nie działa społeczna inspekcja pracy, w skład zespołu powypadkowego wchodzi przedstawiciel pracowników z aktualnym zaświadczeniem o ukończeniu szkolenia w zakresie bezpieczeństwa i higieny pracy).

Jeżeli pracodawca nie może dopełnić swojego obowiązku powołania zespołu powypadkowego składającego się z dwóch osób, okoliczności i przyczyny wypadku są ustalane przez zespół powypadkowy w składzie: pracodawca oraz specjalista spoza zakładu.

1. Zespół powypadkowy dokonuje oględzin miejsca zdarzenia.
2. Zespół powypadkowy kontaktuje się z poszkodowanym oraz ze świadkami zdarzenia (jeśli byli) w celu spisania ich oświadczeń.
3. Zespół powypadkowy kompletuje również inne dokumenty zebrane w czasie procesu ustalania przyczyn i okoliczności wypadku (tj. pisemna opinia lekarska, szkice lub fotografie miejsca wypadku).
4. Zespół powypadkowy, w terminie nie późniejszym niż 14 dni od dnia uzyskania zawiadomienia o wypadku, sporządza:
* protokół ustalenia okoliczności i przyczyn wypadku przy pracy (protokół powypadkowy Załącznik 2 ) — w przypadku pracownika, lub
* kartę wypadku Załącznik 3 — w przypadku osoby świadczącej pracę na innej podstawie niż stosunek pracy.
1. Jeżeli ustalenie okoliczności i przyczyn wypadku trwa dłużej niż 14 dni, należy podać przyczynę opóźnienia wraz z uzasadnieniem w treści protokołu powypadkowego.
2. Zespół powypadkowy zapoznaje poszkodowanego z treścią sporządzonego protokołu powypadkowego i informuje go o możliwości zgłaszania uwagi, zastrzeżeń do ustaleń w nim zawartych.
3. Stwierdzenie w protokole, że wypadek nie jest wypadkiem przy pracy albo że zachodzą okoliczności, które mogą mieć wpływ na prawo pracownika do świadczeń przysługujących mu z tytułu wypadku, wymaga szczegółowego uzasadnienia i wskazania dowodów stanowiących podstawę takiego stwierdzenia.
4. Zespół powypadkowy sporządza protokół powypadkowy w niezbędnej liczbie egzemplarzy i przekazuje poszkodowanemu oraz pracodawcy.
5. Protokół powypadkowy jest zatwierdzany przez pracodawcę nie później niż w terminie 5 dni od dnia jego sporządzenia. Zatwierdzony protokół powypadkowy niezwłocznie doręcza się poszkodowanemu, a w razie wypadku śmiertelnego — jego rodzinie. Protokół powypadkowy dotyczący wypadków śmiertelnych, ciężkich i zbiorowych pracodawca dostarcza właściwemu inspektorowi pracy.
6. Pracownik lub pracodawca na wiosek pracownika wysyła do ZUS egzemplarz protokołu powypadkowego wraz ze wnioskiem w celu uzyskania przez pracownika świadczeń świadczenia z tytułu wypadków przy pracy.
7. Pracodawca prowadzi rejestr wypadków przy pracy na podstawie protokołów powypadkowych, który zawiera:
	* imię i nazwisko poszkodowanego,
	* datę i miejsce wypadku,
	* informacje dotyczące skutków wypadku dla poszkodowanego,
	* stwierdzenie czy wypadek został zaklasyfikowany jako wypadek przy pracy,
	* datę przekazania do ZUS wniosku o świadczenia z tytułu wypadku przy pracy,
	* liczbę dni niezdolności do pracy poszkodowanego,
	* inne informacje (wnioski i zalecenia profilaktyczne zespołu powypadkowego).
8. **Ważne!** Pracodawca musi przechowywać protokół ustalenia okoliczności i przyczyn wypadku przy pracy wraz z pozostałą dokumentacją powypadkową przez 10 lat.

**Wypadek w drodze do pracy lub z pracy**

**Za wypadek w drodze do pracy lub z pracy** uważa się **nagłe zdarzenie wywołane przyczyną zewnętrzną,** które nastąpiło w drodze do lub z miejsca wykonywania zatrudnienia lub innej działalności stanowiącej tytuł ubezpieczenia rentowego, jeżeli droga ta była najkrótsza i nie została przerwana.

 Jednakże uważa się, że **wypadek** nastąpił w drodze do pracy lub z pracy, mimo że droga została przerwana jeżeli przerwa była życiowo uzasadniona i jej czas nie przekraczał granic potrzeby, a także wówczas, gdy droga, nie będąc drogą najkrótszą, była dla ubezpieczonego, ze względów komunikacyjnych, najdogodniejsza.

Za drogę do pracy lub z pracy uważa się oprócz drogi z domu do pracy lub z pracy do domu również drogę do miejsca lub z miejsca:
1) innego zatrudnienia lub innej działalności stanowiącej tytuł ubezpieczenia rentowego;
2) zwykłego wykonywania funkcji lub zadań zawodowych albo społecznych;
3) zwykłego spożywania posiłków;
4) odbywania nauki lub studiów.

**Obowiązki pracownika i pracodawcy po wypadku.**

1. Gdy dojdzie do **wypadku w drodze do lub z pracy, pracownik** jest zobowiązany niezwłocznie powiadomić o tym pracodawcę **„Zgłoszenie wypadku w drodze do pracy (z pracy)”** Załącznik 4
2. Pracodawcadokonuje ustalenia okoliczności i **przyczyn wypadku w drodze do pracy lub z pracy** w specjalnej **karcie wypadku** Załącznik 5 w drodze do pracy lub z pracy, ma na to 14 dni od momentu powiadomienia go przez pracownika o wypadku.
3. Kartę sporządza się w dwóch egzemplarzach, z których jeden otrzymuje poszkodowany lub członek jego rodziny, a drugi przechowuje się w dokumentacji powypadkowej.
4. Odmowa uznania zdarzenia za wypadek w drodze do pracy lub z pracy wymaga uzasadnienia.

**Podstawa prawna**

1. Postępowanie w razie wypadku osoby pozostającej pod opieką szkoły lub placówki regulują przepisy:
* Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej i Sportu z dnia 31 grudnia 2002 roku w sprawie bezpieczeństwa i higieny w publicznych i niepublicznych szkołach i placówkach (DzU z dnia 22 stycznia 2003 roku, Nr 6, poz. 69).

2. Postępowanie w razie wypadku pracownika regulują przepisy prawne:

* Ustawa z dnia 13 października 1998 roku o systemie ubezpieczeń społecznych (DzU z dnia 10 listopada 1998 roku, Nr 137, poz. 887; ost. zm. DzU z 2005 roku, Nr 86, poz. 732).
* Ustawa z dnia 30 października 2002 roku o ubezpieczeniach społecznych z tytułu wypadków przy pracy i chorób zawodowych (DzU z dnia 28 listopada 2002 roku , Nr 199, poz. 1673, ost. zm. DzU z dnia 27 września 2004 roku, Nr 210, poz. 2135).
* Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 28 lipca 1998 roku w sprawie ustalania okoliczności i przyczyn wypadków przy pracy oraz sposobu ich dokumentowania, a także zakresu informacji zamieszczonych w rejestrze wypadków przy pracy (DzU z dnia 4 września 1998 roku, Nr 115, poz. 744 oraz DzU z dnia 30 stycznia 2004 roku, Nr 14, poz. 117).
* Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 19 grudnia 2002 roku w sprawie trybu uznawania zdarzenia powstałego w okresie ubezpieczenia wypadkowego za wypadek przy pracy, kwalifikacji prawnej zdarzenia, wzoru karty wypadku i terminu jej sporządzania (DzU z dnia 30 grudnia 2002 roku, Nr 236, poz. 1992).
* Rozporządzenie Ministra Gospodarki i Pracy z dnia16 września 2004 roku w sprawie wzoru protokołu ustalenia okoliczności i przyczyn wypadku przy pracy (DzU z dnia 19 października 2004 roku, Nr 227, poz. 2298).
* Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 24 grudnia 2002 roku w sprawie szczegółowych zasad oraz trybu uznawania zdarzenia za wypadek w drodze do pracy lub z pracy, sposobu jego dokumentowania, wzoru karty wypadku w dro­dze do pracy lub z pracy oraz terminu jej sporządzania (DzU z dnia 30 grudnia 2002 roku, Nr 237, poz. 2015).
* Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 19 grudnia 2002 roku w sprawie trybu uznawania zdarzenia powstałego w okresie ubezpieczenia wypadkowego za wypadek przy pracy, kwalifikacji prawnej zdarzenia, wzoru karty wypadku i terminu jej sporządzenia (DzU z dnia 30 grudnia 2002 roku, Nr 236, poz. 1992).
* Rozporządzenie Ministra Gospodarki i Pracy z dnia 8 grudnia 2004 roku w sprawie statystycznej karty wypad­ku przy pracy (DzU z dnia 22 grudnia 2004 roku, Nr 269, poz. 2672).

Załącznik 1

....................................................................... ..............................., dnia .................. r.

 (imię i nazwisko poszkodowanego)

 ........................................................................................

........................................................................................

 (oznaczenie pracodawcy lub innej osoby działającej w imieniu pracodawcy)

**Zgłoszenie wypadku przy pracy pracownika**

Informuję, że w dniu................... r. uległem wypadkowi, który nastąpił w następujących

okolicznościach:

...................................................................................................................................................................

...................................................................................................................................................................

...................................................................................................................................................................

...................................................................................................................................................................

 (opisać szczegółowo przebieg zdarzenia z jego umiejscowieniem i czasem)

 W związku z w/w wypadkiem zostałem poszkodowany w następujący sposób: ......................................................................................................................................................

...................................................................................................................................................................

...................................................................................................................................................................

...................................................................................................................................................................

...................................................................................................................................................................

 (scharakteryzować następstwa wypadku - rodzaj uszkodzeń organizmu)

Świadkami powyższego wypadku są:

1.........................................................................................................................................................

2.........................................................................................................................................................

(imię i nazwisko, adres zamieszkania, stanowisko)

Potwierdzeniem zaistniałych uszkodzeń ciała są następujące dokumenty medyczne:

1. ............................................................

2. ............................................................

 .........................................

(podpis poszkodowanego)

Załącznik 2

|  |
| --- |
| pieczątka pracodawcy |
|  |
|  **Protokół Nr** |  |  |  | **/** |  |  |  |  | **r.** |
| **ustalenia okoliczności i przyczyn wypadku przy pracy** |
| 1. Poszkodowany jest pracownik zatrudniony: |
|  |
| nazwa lub imię i nazwisko pracodawcy |  |
|  |
| adres siedziby pracodawcy |
|

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| NIP 1) |

 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| REGON 1) |

 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| PESEL |

 |
|  |
| numer dowodu osobistego lub inny dokument potwierdzający tożsamość pracodawcy |  |
|

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |
| Kod PKD |

 |
| 2. Zespół powypadkowy w składzie: |
| 1) |  |  |  |
|  | imię i nazwisko | funkcja |
| 2) |  |  |
|  | imię i nazwisko | funkcja |
| dokonał w dniach od |  | do |  | ustaleń dotyczących okoliczności i przyczyn |
| wypadku przy pracy, jakiemu w dniu |  | o godz. |  | uległ(a) |
| Pan(i) |  | imię ojca |  |
| urodzony(a) |  | w |  |
| dnia | miejscowość |
| zamieszkały(a) |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | kod pocztowy |  | miejscowość | ulica | numer domu | numer lokalu |
|

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  PESEL |

 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| NIP 1) |

 |

|  |
| --- |
|  |
| numer dowodu osobistego lub innego dokumentu potwierdzającego tożsamość |

 |
| zatrudniony(a) w |  | na stanowisku |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |

 |
|  | komórka organizacyjna |  | nazwa stanowiska | kod zawodu 3) |
| 3. Wypadek zgłosił(a) |  | w dniu |  |
|  |
| 4. | Ustalono następujące okoliczności wypadku: 4) |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| 5.  | Ustalono następujące przyczyny wypadku: 4) |   |
| - |  |  |
|  |   |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| - | stwierdzono nieprzestrzeganie przez pracodawcę następujących przepisów prawa pracy, w szczególności przepisów i zasad bezpieczeństwa i higieny pracy lub innych przepisów dotyczących ochrony życia i zdrowia *(wskazać dowody)*: 4), 5) |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| - | stwierdzono, że wyłączną przyczyną wypadku było naruszenie przez poszkodowanego pracownika przepisów dotyczących ochrony życia i zdrowia, spowodowane przez niego umyślnie lub w skutek rażącego niedbalstwa *(wskazać dowody)*: 4) |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| - | stwierdzono stan nietrzeźwości albo użycie przez poszkodowanego pracownika środków odurzających lub substancji psychotropowych przyczyniające się w znacznym stopniu do powstania wypadku przy pracy *(wskazać dowody, a w przypadku odmowy przez poszkodowanego poddania się badaniom na zawartość tych substancji w organizmie – zamieścić informację o tym fakcie)*: 4) |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

|  |
| --- |
| 6. Skutki wypadku *(rodzaj i umiejscowienie urazu)* |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
| 7. Stwierdza się, że wypadek: |  JEST |  6) |  NIE JEST |  6) |
|  - wypadkiem przy pracy 6) - traktowany na równi z wypadkiem przy pracy 6)co uzasadnia się następująco: 4) |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
| 8. Rodzaj wypadku: 6) | indywidualny |  | zbiorowy |  | śmiertelny |  | ciężki |  | powodujący czasową niezdolność do pracy |
|  |
| 9. | Wnioski i środki profilaktyczne: 4) |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| 10. Podpisy członków zespołu powypadkowego uczestniczących w ustalaniu okoliczności i przyczyn wypadku: |
| 1) |  | 2) |  |
|  | czytelny podpis |  | czytelny podpis |
| 11. Protokół sporządzono dnia: |  |  |
|  | data |  |
| 12. Przeszkody lub trudności, które uniemożliwiły sporządzenie protokołu w wymaganym terminie 14 dni: |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
| 13. Poszkodowanego / członka rodziny 6) zapoznano z niniejszym protokołem oraz pouczono o prawie zgłoszenia do protokołu uwag i zastrzeżeń *(zgłoszone uwagi i zastrzeżenia należy dołączyć do protokołu)*. |
|  |  |  |  |  |
| imię i nazwisko poszkodowanego pracownika lub uprawnionego członka rodziny |  | dnia |  | podpis |
| 14. Protokół zatwierdzono dnia: |  |  |  |
|  | data | podpis pracodawcy |
| 15. Potwierdzenie odbioru protokołu |  |
|  | imię i nazwisko poszkodowanego pracownika lub uprawnionego członka rodziny |
| Data: doręczenia / przesłania protokołu: 6) |  |  |  |
|  |  |  | podpis / nr przesyłki poleconej |
| 16. Wykaz załączników do protokołu: |  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
| **POUCZENIE**1. Przed zatwierdzeniem protokołu zespół powypadkowy jest obowiązany zapoznać z treścią protokołu poszkodowanego pracownika, a w razie wypadku śmiertelnego, uprawnionego członka rodziny pracownika, który ma prawo zgłoszenia uwag i zastrzeżeń do ustaleń zawartych w protokole.
2. Poszkodowany pracownik, a w razie wypadku śmiertelnego – uprawniony członek rodziny zmarłego pracownika może wystąpić do sądu rejonowego – sądu pracy w ........................................................................................................................... z powództwem o ustalenie i sprostowanie protokołu na podstawie art. 189 Kodeksu postępowania cywilnego. Z powództwem takim, w interesie poszkodowanego pracownika, może wystąpić również organizacja związkowa, działająca u pracodawcy zatrudniającego poszkodowanego pracownika. Roszczenia ze stosunku pracy są wolne od opłat sądowych.
3. W przypadku wykorzystania komputera do sporządzenia protokołu oraz wykonywania kopii dokumentu dopuszcza się wersję czarno-białą druku.
 |
| 1. Jeżeli nie został nadany NIP lub REGON, podać PESEL lub numer dowodu osobistego albo innego dokumentu potwierdzającego tożsamość.
2. Jeżeli nie został nadany numer PESEL lub NIP, podać numer dowodu osobistego albo innego dokumentu potwierdzającego tożsamość.
3. Podać pełny kod zawodu (specjalności), tj. sześciocyfrowy symbol zgodny z obowiązującą klasyfikacją zawodów i specjalności.
4. Jeżeli zabraknie miejsca na druku, należy go uzupełnić kolejną stroną podpisaną przez członków zespołu powypadkowego.
5. Przez inne przepisy dotyczące ochrony życia i zdrowia rozumie się np. przepisy o ochronie przeciwpożarowej, o dozorze technicznym, przepisy prawa geologicznego i górniczego, budowlanego, o ruchu drogowym.
6. Niepotrzebne skreślić.
 |

Załącznik 3

**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*

**3. Data i miejsce urodzenia** .................................................................................................................................

**4. Adres zamieszkania** ........................................................................................................................................

**5. 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. Nr 199, poz. 1673)*

................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

**III. INFORMACJE O WYPADKU**

**1. Data zgłoszenia oraz imię i nazwisko osoby zgłaszającej wypadek** .................................................................. ........................................................................................................................................................................

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

........................................................................................................................................................................ ........................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................ ................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

**3. Świadkowie wypadku:**

***a)*** ..................................................................................................................................................................

***b)*** ..................................................................................................................................................................

*imię i nazwisko* *miejsce zamieszkania*

**4. 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 tytułów wypadków przy pracy i chorób zawodowych* (Dz. U. Nr 199, poz. 1673)** (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 w skutek rażącego niedbalstwa** (podać powody) .......................................................................................................................... ........................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

**6. Stwierdzono, że poszkodowany, będąc w stanie nietrzeźwości, pod wpływem środków odurzających
lub substancji psychotropowych, przyczynił się w znacznym stopniu do spowodowania wypadku** (podać powody, 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*

**2. Kartę sporządzono[[3]](#footnote-3)) w dniu** .............................................

***a)*** ..................................................................................................................................................................

*nazwa podmiotu zobowiązanego do sporządzenia karty pieczątka*

***b)*** ..................................................................................................................................................................

*imię i nazwisko sporządzającego podpis*

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

........................................................................................................................................................................

........................................................................................................................................................................

**4. Kartę odebrano w dniu** ............................................. ...........................................................

 *podpis uprawnionego*

**5. Załączniki:**

........................................................................................................................................................................

........................................................................................................................................................................

Załącznik 4

...................................................................................... . ............................., dnia ............. r.

(imię i nazwisko oraz adres zamieszkania poszkodowanego)

.........................................................................................................

.........................................................................................................

 (oznaczenie pracodawcy lub innej osoby działającej w imieniu pracodawcy)

**Zgłoszenie wypadku w drodze do pracy (z pracy)**

Informuję, że w dniu ....................... r. uległem wypadkowi w drodze do pracy (z pracy), który nastąpił w następujących okolicznościach:

..............................................................................................................................................................................

..............................................................................................................................................................................

..............................................................................................................................................................................

(opisać szczegółowo przebieg zdarzenia z jego umiejscowieniem i czasem)

W związku z w/w wypadkiem zostałem poszkodowany w następujący sposób:

..............................................................................................................................................................................

..............................................................................................................................................................................

..............................................................................................................................................................................

(scharakteryzować następstwa wypadku - rodzaj uszkodzeń organizmu)

Świadkami powyższego wypadku są:

1. .................................................................................

(imię i nazwisko, adres zamieszkania, stanowisko)

2. ................................................................................

(imię i nazwisko, adres zamieszkania, stanowisko)

Potwierdzeniem zaistniałych uszkodzeń ciała są następujące dokumenty medyczne:

1. .............................................................

2. .............................................................

............................................

(podpis poszkodowanego)

Załącznik 5

..........................................................................

............................................................................

(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.

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)