

Dane pracodawcy (nazwa i adres)		Z-KW STATYSTYCZNA KARTA WYPADKU		Numer identyfikacyjny REGON	
				Portal sprawozdawczy GUS	
Liczba pracujących (bez przeliczania na pełny etat)		– przy pracy		9998	Kolejny nr statystyczny karty wypadku w zakładzie pracy od początku roku
A (liczba)		B (kod)		– traktowanego na równi z wypadkiem przy pracy	

CZĘŚĆ I

Uwaga: Odpowiadając na pytania 01, 11, 28, należy zaznaczyć kod oraz odpowiadającą mu odpowiedź słowną, np. 2 – kobieta.

Odpowiadając na pytania: 02, 06, 07, 10 należy wpisać w kolumnie „kod lub liczba” odpowiednią liczbę.

Odpowiadając na pytania X1, X2, X3, 03, 04, 05, 08, 09, należy – posługując się właściwymi klasyfikacjami – wpisać w kolumnie „kod lub liczba” odpowiedni kod lub kody, a w kolumnie „opis” – określenie zgodnie z opisem zawartym w klasyfikacji lub własne określenie danego faktu.

Czy jednostka spełnia jedno z podanych kryteriów?	1. nie posiada własnego numeru statystycznego REGON, a posługuje się numerem statystycznym jednostki macierzystej i co najmniej jedna z cech identyfikujących jednostkę (województwo, miasto, gmina, PKD, FW) jest różna od cech jednostki macierzystej,	1	nie
	2. posiada własny numer statystyczny REGON, lecz od chwili otrzymania tego numeru jednostka przeniosła swoją siedzibę do innego województwa (Wyróżnik terytorialny w numerze REGON jest inny niż wyróżnik terytorialny województwa, na terenie którego znajduje się obecnie siedziba jednostki),	2	tak – wypełnić pyt. X1, X2, X3
	3. posiada numer statystyczny REGON, w którym nastąpiły zmiany w okresie sprawozdawczym.		

Lp.	Rodzaj informacji	Kod lub liczba	Opis
Dodatkowe dane o jednostce (np. jej oddziale, filii, sklepie, magazynie), tj. o faktycznym miejscu pracy poszkodowanego			
X1	Miejscowość (gmina), na terenie której znajduje się jednostka		
X2	Rodzaj działalności wg PKD		
X3	Forma własności		
Poszkodowany			
01	Płeć	1 2	mężczyzna kobieta
02	Rok urodzenia		
03	Obywatelstwo		
04	Status zatrudnienia		
05	Zawód wykonywany		
06	Staż na zajmowanym stanowisku pracy w zakładzie (w latach)		
07	Godziny przepracowane od podjęcia pracy do chwili wypadku		
Skutki wypadku (znane w momencie wypełniania karty)			
08	Rodzaj urazu		
09	Umiejscowienie urazu		
10	Liczba osób poszkodowanych		
11	Skutki wypadku	1 2 3	śmierć osoby poszkodowanej ciężkie uszkodzenie ciała inne skutki

CZĘŚĆ II UZUPEŁNIAJĄCA

Rzeczywiste skutki wypadku zaistniałego w roku miesiącu dniu (zgodnie z pozycją 16 statystycznej karty wypadku)

Dane pracodawcy (nazwa i adres)		Z-KW STATYSTYCZNA KARTA WYPADKU		Numer identyfikacyjny REGON	
				Portal sprawozdawczy GUS	
Liczba pracujących (bez przeliczania na pełny etat)		– przy pracy		9998	Kolejny nr statystyczny karty wypadku w zakładzie pracy od początku roku
A (liczba)		B (kod)		– traktowanego na równi z wypadkiem przy pracy	

Lp.	Rodzaj informacji	Kod lub liczba	Opis
12	Liczba dni niezdolności do pracy		
13	Straty czasu pracy innych osób (w roboczogodzinach)		
14	Szacowane straty materialne spowodowane wypadkiem – w tys. zł., z jednym znakiem po przecinku (bez strat związanych ze stratami czasu pracy)		
Wypadek i jego przebieg			
15	Położenie geograficzne miejsca wypadku		
16	Data wypadku rok		
	miesiąc (cyframi arabskimi)		
	dzień		
17	Godzina wypadku (0-23)		
18	Miejsce powstania wypadku		
19	Proces pracy		
20	Rodzaj miejsca wypadku		
21	Czynność wykonywana przez poszkodowanego w chwili wypadku		
22	Czynnik materialny związany z czynnością wykonywaną przez poszkodowanego w chwili wypadku		
23	Wydarzenie będące odchyleniem od stanu normalnego		
24	Czynnik materialny związany z odchyleniem		
25	Wydarzenie powodujące uraz		
26	Czynnik materialny będący źródłem urazu		
27	Przyczyny wypadku (należy podać wszystkie przyczyny)		

Imię i nazwisko osoby wypełniającej oraz numer telefonu

Podpis pracodawcy

.....

.....

.....

.....

(miejscowość i data)

(miejscowość i data)

CZĘŚĆ II UZUPEŁNIAJĄCA (dokończenie)

Rzeczywiste skutki wypadku zaistniałego w roku miesiącu dniu (zgodnie z pozycją 16 statystycznej karty wypadku)

Lp.	Rodzaj informacji	Kod lub liczba	Opis
28	Skutki wypadku (znane w momencie wypełniania części II karty)	1	śmierć osoby poszkodowanej
		2	ciężkie uszkodzenie ciała
		3	inne skutki
29	Liczba dni niezdolności do pracy (znana w momencie wypełniania części II karty)		

Imię i nazwisko osoby wypełniającej oraz numer telefonu

Podpis pracodawcy

.....

.....

.....

.....

(miejscowość i data)

(miejscowość i data)