

(znak sprawy)

Opinia w sprawie prawnej kwalifikacji wypadku

Data wpływu ostatniego dokumentu

niezbędne do uznania wypadku: 14.10.2025r

Nazwisko i imię poszkodowanego:

Kwestia do rozstrzygnięcia: uznanie zdarzenia z dnia 17.10.2024r. za wypadek przy wykonywaniu zwykłych czynności związanych z prowadzeniem działalności

Czy uznać zdarzenie z dnia 17.10.2024r. za wypadek podczas:

- wykonywania zwykłych czynności związanych z prowadzeniem pozarolniczej działalności;
- wykonywanie zwykłych czynności związanych ze współpracą przy prowadzeniu pozarolniczej działalności;
- wykonywania pracy na podstawie umowy uaktywniającej, o której mowa w ustawie z dnia 4.02.2011 o opiece nad dziećmi w wieku do lat 3

lub w drodze do lub z miejsca;

wykonywania pozarolniczej działalności;

współpracy przy prowadzeniu pozarolniczej działalności;

wykonywania pracy na podstawie umowy uaktywniającej, o której mowa w ustawie o opiece nad dziećmi w wieku do lat 3⁴⁾

Wniosek:

W oparciu o całość przedłожonej dokumentacji, proponuję zdarzenie z dnia 17.10.2024r / zwichtnięcie, skręcenie i naderwanie stawów i włzęadeł na poziomie stawu skokowego i stopy / uznać jako wypadek przy wykonywaniu zwykłych czynności związanych z prowadzeniem pozarolniczej działalności gospodarczej z prawem do świadczeń z ubezpieczenia wypadkowego.

Uzasadnienie:

Fakt wystąpienia zdarzenia wypadkowego został udowodniony, informacje uzyskane od poszkodowanego oraz zebrany materiał dowodowy są wiarygodne.

Zdarzenie z dnia 17.10.2024r spełnia przesłanki art. 3 ust.3 pkt. 8 i jest wypadkiem przy prowadzeniu pozarolniczej działalności gospodarczej.

2025 -10- 14

(Data, pieczętka i podpis osoby opracowującej)

Opinia osoby uprawnionej do aprobaty

ZDARZENIE Z 19.10.2024 WOKRĘT 29 WYPADŁA PRZYGŁO
PROWADZENIU DZIAŁOŚCI.

15.10.2025

(Data, pieczętka i podpis osoby uprawnionej)

Opinia osoby uprawnionej do superaprobaty

Wniosek złożony o 19.10.2024 do wypuszczenia na prowadzenie
działalności gospodarczej

15.10.2025

(Data, pieczętka i podpis)

Opinia Konsultanta*

(Data, pieczętka i podpis konsultanta)

Opinia Z-cy Dyrektora ds. Świadczeń*

(Data, pieczętka i podpis Z-cy Dyrektora ds. Świadczeń)

Decyzja osoby uprawnionej do superaprobaty *

(Data, pieczętka i podpis osoby uprawnionej do superaprobaty)

1) nieważne skreślić

2) wypełnić w zależności od stanu sprawy