

16  
[redacted]  
(znak sprawy)

### Opinia w sprawie prawnej kwalifikacji wypadku

[redacted]

Nazwisko i imię poszkodowanego.....

Kwestia do rozstrzygnięcia: czy uznać zdarzenie z 12.08.2024 r. za wypadek w pracy w trakcie prowadzenia pozarolniczej działalności gospodarczej.

12.08.2024 r.

Czy uznać zdarzenie z ..... za wypadek podczas:

- wykonywania zwykłych czynności związanych z prowadzeniem pozarolniczej działalności;
- ~~- wykonywania zwykłych czynności związanych ze współpracy przy prowadzeniu pozarolniczej działalności;~~
- ~~- wykonywania pracy na podstawie umowy uaktywniającej, o której mowa w ustawie z dnia 4.02.2011 r. 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 3<sup>+</sup>~~

#### Wniosek:

W oparciu o całość przedłожonej dokumentacji proponuję:

Uznać zdarzenie z 12.08.2024 r. za wypadek przy pracy podczas prowadzenia pozarolniczej działalności.

**Uzasadnienie:** Zdarzenie z 12.08.2024 r. spełnia definicję wypadku przy pracy zaistniałego podczas prowadzenia pozarolniczej działalności.

[redacted]  
(Data, pieczętka i podpis osoby opracowującej)

### Opinia osoby uprawnionej do aprobaty

Wnoszę o uznanie zdarzenia z 12.08.2024 r. za wypadek podczas wykonywania zwykłych czynności związanych z prowadzeniem pozarolniczej działalności w okresie ubezpieczenia wypadkowego, zgodnie z art. 3 ust. 3 pkt. 8 ustawy wypadkowej.

[redacted]  
05 LUL  
[redacted]

(Data, pieczętka i podpis osoby uprawnionej do aprobaty)

**Opinia osoby uprawnionej do superaprobaty<sup>2)</sup>**

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

(Data, pieczętka i podpis osoby uprawnionej do superaprobaty)

**Opinia Konsultanta<sup>2)</sup>**

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

(Data, pieczętka i podpis konsultanta)

**Opinia Z-cy Dyrektora ds. Świadczeń<sup>2)</sup>**

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

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

**Decyzja osoby uprawnionej do superaprobaty**

*Uzmożliwienie zgodnie z uchorem z dnia 12.08.2021 r. W sprawie przyjętych zmian w umowie z mecenatem o której mowa w załączniku do porozumienia o zakładaniu organizacji, w zakresie bezpieczeństwa i higieny pracy.*

(Data, pieczętka)

superaprobaty)