

(znak sprawy)

## Opinia w sprawie prawnej kwalifikacji wypadku

Nazwisko i imię poszkodowanego

### Kwestia do rozstrzygnięcia

| prowadzi działalność pozarolniczą zajmującą się m.in. transportem drogowym towarów (zgodnie z wpisem do PKD 49.41.Z). 4.10.2024 r wykonywał pracę na podstawie Umowy o Świadczenie Usług Odbioru i Dostarczania Przesyłek Nr | z dnia 6.11.2019 r. zawartej z |  
Poszkodowany jako kurier dostarczał przesyłki do klientów. Podczas wysiadania z przestrzeni ładunkowej z paczką, na nierównej powierzchni poszkodowanemu podwinęła się nogą i uderzył kolana o podłożę. W wyniku zaistniałego zdarzenia | doznał urazu – skręcenia stawu kolanowego lewego i uszkodzenie łykotki.

Czy uznać zdarzenie z dnia 4.10.2024 r. 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 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>1</sup>

### Wniosek:

W oparciu o całość przedłóżonej dokumentacji, proponuję uznać zdarzenie z dnia 4.10.2024 r. za wypadek podczas wykonywania zwykłych czynności związanych z prowadzeniem pozarolniczej działalności

### Uzasadnienie:

Wypadek spełnia warunki art. 3 ust. 3 pkt. 8 ustawy z dnia 30.10.2002 r. o ubezpieczeniu społecznym z tytułu wypadków przy pracy i chorób zawodowych (Dz. U. z 2022 r. poz.2189)

.....  
(Data, pieczętka i podpis osoby opracowującej)

**Opinia osoby uprawnionej do aprobaty**

*Popiera am... po ujednolic.*

2025 -01- 14

(Data, pieczętka i podpis osoby uprawnionej do aprobaty)

**Opinia osoby uprawnionej do superaprobaty**

*[Signature]*  
(Data, pieczętka i podpis osoby uprawnionej do superaprobaty)

**Opinia Konsultanta\***

*[Signature]*  
(Data, pieczętka i podpis konsultanta)

**Opinia Z-cy Dyrektora ds. Świadczeń\***

*[Signature]*  
(Data, pieczętka i podpis Z-cy Dyrektora ds. Świadczeń)

**Decyzja osoby uprawnionej do superaprobaty \***

*Akceptuję umowę.*

*Al.*

Data, pieczętka i podpis osoby uprawnionej do superaprobaty)

1) niepotrzebne skreślić

2) wypełnić w zależności od stanu sprawy