

[redacted]  
(znak sprawy)

### **Opinia w sprawie prawnej kwalifikacji wypadku**

Nazwisko i imię poszkodowanego [redacted]

Kwestia do rozstrzygnięcia :

Poszkodowany prowadzi działalność gospodarczą w zakresie pozostałych specjalistycznych robót budowlanych w ramach firmy [redacted] z siedzibą w [redacted] przy ul. [redacted]. Do wypadku doszło w dniu 30.10.2024 r. o godzinie 12.00 w [redacted]. Podczas schodzenia z drabiny Panu [redacted] nagle objechała nogą i upadł. Na skutek wypadku ubezpieczony doznał złamania podudzia, łącznie ze stawem skokowym, złamania nasady bliższej piszczeli po stronie prawej.

Czy uznać zdarzenie z dnia 30.10.2024 r. za wypadek podczas:

- wykonywania zwykłych czynności związanych z prowadzeniem pozarolniczej działalności;
- wykonywania zwykłych czynności związanych ze współpracą przy prowadzeniu pozarolniczej działalności;
- ~~- wykonywania pracy na podstawie umowy uaktyniającej, 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 uaktyniającej, o której mowa w ustawie o opiece nad dziećmi w wieku do lat 3<sup>1</sup>~~

**Wniosek:**

W oparciu o całość przedłожonej dokumentacji, proponuję:

**uznać zdarzenie z dnia 30.10.2024 r. za wypadek zaistniały podczas wykonywania zwykłych czynności związanych z prowadzeniem pozarolniczej działalności gospodarczej.**

**Uzasadnienie:**

Dokumentacja nie budzi zastrzeżeń, brak przeciwdowodów.

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

### **Opinia osoby uprawnionej do aprobaty**

W oparciu o zebraną dokumentację proponuję uznać zdarzenie z dnia 30.10.2024 roku jako wypadek przy wykonywaniu działalności gospodarczej. Brak przeciwdowodów.

[redacted]  
(Data, pieczętka)

[redacted]  
(aprobaty)

## Opinia osoby uprawnionej do superaprobaty

(Data, pieczętka i podpis osoby uprawnionej do superaprobaty)

### 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 \*

Na podstawie zebraanej dokumentacji uznaj zdanie  
z dnia 30.10.2011. Za wypadek bry poważenia  
działalności gospodarczej. Brak przedwadów



(Data, pieczętka i podpis osoby uprawnionej do superaprobaty)

<sup>1)</sup> niepotrzebne skreślić

<sup>2)</sup> wypełnić w zależności od stanu sprawy