

znak sprawy

## Opinia w sprawie prawnej kwalifikacji wypadku

Nazwisko i imię poszkodowanego

Kwestia do rozstrzygnięcia:  ożył zawiadomienie o wypadku przy prowadzeniu pozarolniczej działalności, jakiemu uległ w dniu 30-06-2025 r. Do wypadku doszło około godziny 17:00 w miejscowości  podczas wykonywania przeglądu konserwacyjno-serwisowego układu chłodzenia silnika autobusu. W trakcie wykonywania tej czynności doszło do nagłego włączenia wentylatora na wskutek nieprawidłowego działania czujnika temperatury. Śmigła wentylatora z dużą siłą uderzyły w dłoń poszkodowanego, uszkadzając trzy palce lewej ręki. Z karty informacyjnej Szpitala Uniwersyteckiego w wyniku, że doszło do mnogich ran szarpanych palców II, III, IV ręki lewej.

Czy uznać zdarzenie z dnia 30-06-2025 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 uaktywniającej, o której mowa w ustawie z dnia 4.02.2011 r. o piece 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 przedłożonej dokumentacji proponuję uznać zdarzenie z dnia 30-06-2025 r. za wypadek podczas wykonywania zwykłych czynności związanych z prowadzeniem pozarolniczej działalności

Uzasadnienie:

Zdarzenie jakiemu ww. uległ w dniu 30-06-2025 r. spełnia wymogi definicji wypadku przy wykonywaniu zwykłych czynności związanych z prowadzeniem pozarolniczej działalności gospodarczej.

REFERENT

(Data, pieczęć i podpis osoby opracowującej)

## Opinia osoby uprawnionej do aprobaty

Proponuję uznać zdarzenie z 30-06-2025 r. za wypadek podczas  
wykonywania zwykłych czynności związanych z prowadz. pozaroln. działalnoś.  
Starszy Aprobant

(Data, pieczęć i podpis osoby uprawnionej do aprobaty)

Opinia osoby uprawnionej do superaprobaty

(Data, pieczęć i podpis osoby uprawnionej do superaprobaty)

Opinia Konsultanta\*

(Data, pieczęć i podpis konsultanta)

Opinia Z-cy Dyrektora ds. Świadczeń\*

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

Decyzja osoby uprawnionej do superaprobaty \*

Wznowienie i obrot 30.06.2021 r. z wyjątkiem  
przebiegu choroby obrotu z wyjątkiem  
złoty dołby  
superaprobaty)

(Data, pieczęć i podpis osoby uprawnionej do

<sup>1)</sup>niepotrzebne skreślić

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

☐