

(znak sprawy)

Opinia w sprawie prawnej kwalifikacji wypadku

Nazwisko i imię poszkodowanego

Kwestia do rozstrzygnięcia:

..... prowadzi działalność pozarolniczą pod nazwą |
w zakresie m.in. wykonywania instalacji elektrycznych (zgodnie z wpisem do PKD
43.21.Z). Pan 26.05.2025 r. na zlecenie firmy
..... przystąpił do rozszerzenia systemu monitorowania obiektu.
Po zamontowaniu kolejnej kamery, schodząc z drabinki, poszkodowany postawił prawą
nogę na podłożu z kostki brukowej, a lewą nogą stanął na podłożu wysypanym
z kamyków. Stracił stabilność, noga skręciła się w kolanie. W wyniku zaistniałego
zdarzenia doznał urazu – skręcenia stawu kolanowego
lewego.

Czy uznać zdarzenie z dnia 26.05.2025 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 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 3¹⁾~~

Wniosek:

W oparciu o całość przedłożonej dokumentacji, proponuję: uznać zdarzenie z dnia 26.05.2025 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 2025 r. poz.257.)

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

Opinia osoby uprawnionej do aprobaty

Popieram wniosek

30.09.2025

.....
(Data, pieczęć i podpis osoby uprawnionej do aprobaty)

Opinia osoby uprawnionej do superaprobaty

Akceptuję wniosek.

.....
(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)

¹⁾niepotrzebne skreślić

²⁾wypełnić w zależności od stanu sprawy