

Opinia w sprawie prawnej kwalifikacji wypadku

Data wpływu ostatniego dokumentu

należnego do uznania wypadku: 27.06.2025r

Nazwisko i imię poszkodowanego:

Kwestia do rozstrzygnięcia: uznanie zdarzenia z dnia **02.05.2025r.** za wypadek przy wykonywaniu zwykłych czynności związanych z prowadzeniem działalności

Czy uznać zdarzenie z dnia **02.05.2025r.** 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 uaktualniającej, o której mowa w ustawie z dnia 4.02.2011 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 uaktualniającej, o której mowa w ustawie o opiece nad dziećmi w wieku do lat 3⁴⁾

Wniosek:

W oparciu o całość przedłożonej dokumentacji, proponuję zdarzenie z dnia **02.05.2025r / złamanie innych części barku i ramienia / uznać jako wypadek przy wykonywaniu zwykłych czynności związanych z prowadzeniem pozarolniczej działalności gospodarczej z prawem do świadczeń z ubezpieczenia wypadkowego.**

Uzasadnienie:

Fakt wystąpienia zdarzenia wypadkowego został udowodniony, informacje uzyskane od poszkodowanego oraz zebrany materiał dowodowy są wiarygodne.

Zdarzenie z dnia **02.05.2025r** spełnia przesłanki art. 3 ust.3 pkt. 8 em przy prowadzeniu pozarolniczej działalności gospodarczej.

123.07.01

(Data, pieczętka i podpis os

opracowującej)

Opinia osoby uprawnionej do aprobaty
ZDJĘCIE Z 205-2025 POWODUJĄCE URZĄD UROCZYSTY WYDZIAŁ
PRZY PROWADZENIU MIAŁAŁOŚCI¹⁾

1. 07. 2025

(Data, pieczętka i podpis osoby uprawnionej do

Opinia osoby uprawnionej do superaprobaty

zDJĘCIE Z 205-2025 ZE WYPŁATY
MIAŁAŁOŚCI JEST WYKONANE
ZGŁOSZONE JEST WŁASNIE

(Data, pieczętka i podpis osoby i

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 *

(Data, pieczętka i podpis osoby uprawnionej do superaprobaty)

1) niepotrzebno skreślić

2) wypełnić w zależności od stanu sprawy