

## 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 noga  
i uderzył kolanem o podłoże. W wyniku zaistniałego zdarzenia doznał urazu  
– skręcenia stawu kolanowego lewego i uszkodzenie łąkotki.

Czy uznać zdarzenie z dnia 4.10.2024 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 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>4)</sup>

Wniosek:

W oparciu o całość przedłożonej 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, pieczęć i podpis osoby opracowującej)

**Opinia osoby uprawnionej do aprobaty**

*Popieram wniosek*

2025 -01- 14

(Data, pieczęćka i podpis osoby uprawnionej do aprobaty)

**Opinia osoby uprawnionej do superaprobaty**

(Data, pieczęćka i podpis osoby uprawnionej do superaprobaty)

**Opinia Konsultanta\***

(Data, pieczęćka i podpis konsultanta)

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

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

**Decyzja osoby uprawnionej do superaprobaty \***

*Akceptuję wniosek.*

*14.*

Data, pieczęćka i podpis osoby uprawnionej do superaprobaty)

1) niepotrzebne skreślić

2) wypełnić w zależności od stanu sprawy