

Znak:

Opinia w sprawie prawnej kwalifikacji wypadku

Imię i nazwisko poszkodowanego:

Kwestia do rozstrzygnięcia:

Rozpatrzenie zdarzenia, któremu uległ Pan 01-07-2025 r. podczas wykonywania zwykłych czynności związanych z prowadzeniem pozarolniczej działalności w celu sporządzenia karty wypadku dla celów wypłaty zasiłku chorobowego w wysokości 100% podstawy wymiaru składek i jednorazowego odszkodowania po zakończonym leczeniu.

Czy uznać zdarzenie z dnia 01-07-2025 r. za wypadek podczas:

- wykonywania zwykłych czynności związanych z prowadzeniem pozarolniczej działalności,
- wykonywania zwykłych czynności związanych ze współpraca 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, której mowa w ustawie o opiece nad dziećmi w wieku do lat 3.

Wniosek:

W oparciu o całość przedłożonej dokumentacji, proponuję uznać zdarzenie z dnia 01-07-2025 r. za wypadek przy wykonywaniu zwykłych czynności związanych z prowadzeniem działalności pozarolniczej, gdyż spełnia definicję wypadku.

Uzasadnienie:

W dniu 01-07-2025 r. Pan naprawiał bieżnię wagającą 200 kg. Przy jej rozkręcaniu, ześlizgnęła się z podnośnika i upadła na dłoń poszkodowanego, powodując rozcięcie skóry. Pan niezwłocznie udał się do Wojewódzkiego Wielospecjalistycznego Centrum Onkologii i Traumatologii , gdzie zdiagnozowano ranę ciętą powierzchni dloniowej palca III ręki prawej i stłuczenie kłyku kciuka prawego.

2025 -09- 30

.....
Data, pieczętka i podpis opracowującej

Opinia osoby uprawnionej do aprobaty

W sprawie sporządzenia dokumentacji do pojętych i innych zobowiązań
z dnia 21.07.2021 r. z tytułu podległych konformalnych wykazu zobowiązań
zgodnie z ustawą o podatku na przychody.

2025 - 10 - 01

Data, pieczęć [] osoby uprawnionej do 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

Akceptuję komunikację

[]

Data, pieczętka i podpis osoby uprawnionej do superaprobaty