

(znak sprawy)

## OPINIA W SPRAWIE PRAWNEJ KWALIFIKACJI WYPADKU

Nazwisko i imię poszkodowanego

Kwestia do rozstrzygnięcia:

Czy uznać zdarzenie z dnia 14.01.2025 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 3<sup>1)</sup>

Wniosek:

W oparciu o całość przedłожonej dokumentacji, proponuję uznać zdarzenie z dnia 14.01.2025 r. za wypadek przy pracy prowadzeniu działalności gospodarczej.

Uzasadnienie:

Powyższe zdarzenie jest wypadkiem przy prowadzeniu działalności gospodarczej i odpowiada warunkom określonym przepisami art.3, ust.3 pkt 8 ustawy z dnia 30.10.2002r. o ubezpieczeniu społecznym z tytułu wypadków przy pracy i chorób zawodowych (Dz. U. z 2025, poz. 257) Nie zachodzą okoliczności wyłącające prawo do świadczeń z ubezpieczenia wypadkowego wymienione w art.21, 22 cytowanej ustawy.

INSPEKTOR

2025 -01- 21

(Data, pieczętka i podpis osoby opracowującej)

Opinia osoby uprawnionej do aprobaty  
Zaproponowane kwalifikacje z dnia 14.01.2025  
za wypadek przy prowadzeniu działalności  
gospodarczej

2025 pieczętka i podpis osoby uprawnionej do aprobaty

**Opinia osoby uprawnionej do superaprobaty<sup>2)</sup>**

*Uznaje za prawidłowe z dnia 21.01.2025 za hypotekę  
podjęte pozwolenie obratnictwa*

*NACZELNIK  
Wydziału Świadczeń Energetyczno-Ręczowych SER-2  
01.02.2025  
(Data, pieczętka i podpis osoby uprawnionej do superaprobaty)*

**Opinia Konsultanta<sup>2)</sup>**

.....

*(Data, pieczętka i podpis konsultanta)*

**Opinia Z-cy Dyrektora ds. Świadczeń<sup>2)</sup>**

.....

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

**Decyzja osoby uprawnionej do superaprobaty**

.....

*(Data, pieczętka i podpis osoby uprawnionej do superaprobaty)*

<sup>1)</sup> niepotrzebne skreślić

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