

Znak sprawy:

### Opinia w sprawie prawnej kwalifikacji wypadku

Nazwisko i imię poszkodowanego:

Kwestia do rozstrzygnięcia: uznanie zdarzenia z 09.01.2025 r. za wypadek podczas wykonywania zwykłych czynności związanych z prowadzoną działalnością gospodarczą.

Czy uznać zdarzenie z dnia 09.01.2025 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>4)</sup>~~

Wniosek:

W oparciu o całość przedłożonej dokumentacji, proponuję uznać zdarzenia, któremu uległ za wypadek podczas wykonywania zwykłych czynności związanych z prowadzoną działalnością gospodarczą.

Uzasadnienie:

Spełnia cechy definicji wypadku przy pracy.

STARSZY INSPEKTOR

### Opinia osoby uprawnionej do aprobaty

uznani zdarzenie z 09.01.2025 r. za wypadek podczas prowadzonej działalności gospodarczej. Zdarzenie spełnia cechy definicji wypadku przy pracy do stwierdzenia.

APROBANT

21.01.2025 r.

(Data, pieczęć i podpis osoby uprawnionej do aprobaty)

**Adres:**

**NIP:**

**REGON:**

**PESEL:**

**V. Potwierdzenie jest konieczne dla celów ustalenia świadczenia jednorazowego odszkodowania.**

**VI. Członkostwo w OFE: Nie**

**VII. Żądane potwierdzenie:**

- o Okres ubezpieczenia
- o Dodatkowe pytania, informacje, uwagi:  
prosimy o udzielenie informacji czy Pań[redacted] na dzień wypadku 09.01.2025r. zalegała z opłacaniem składek na ubezpieczenie społeczne, za siebie i zatrudnionych pracowników, jeśli tak to w jakiej wysokości.  
W przypadku występowania zadłużenia prosimy o podanie daty jego uregulowania.

dn.....31.01.2025 r.....

**Zakład Ubezpieczeń Społecznych  
Wydział Zasiłków**

Nasz znak:

**OPINIA W SPRAWIE UZNANIA/ NIEUZNANIA ZDARZENIA ZA WYPADEK**

Wydział Świadczeń Emerytalno – Rentowych informuje, że zdarzenie z dnia 09.01.2025 r.,  
jakiemu uległ(a) Pan/ \_\_\_\_\_ PESEL \_\_\_\_\_ zam. \_\_\_\_\_

**UZNANE / NIEUZNANE\*** przez \_\_\_\_\_

w dniu 31.01.2025 r.

- za wypadek przy prowadzeniu działalności gospodarczej w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 30.10.2002r. o ubezpieczeniu społecznym z tytułu wypadków przy pracy i chorób zawodowych (Dz.U. z 2022.2189)\*,
- ~~– za wypadek w drodze do pracy lub z pracy w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 17.12.1998 r. o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych (Dz.U. z 2024 poz. 1631)\*.~~

Ostatnią okolicznością w sprawie uznania / nieuznania\* wypadku przy prowadzeniu działalności gospodarczej – wypadku w drodze do pracy lub z pracy\* było w dniu 17.01.2025 r. wpływ dokumentu od poszkodowanego.

(podać protokół powypadkowy, kartę wypadku lub inny dokument niezbędny w celu zajęcia stanowiska)

- Zaszły okoliczności określone w art. 21 ust. 1-3 ustawy z dnia 30.10.2002r. o ubezpieczeniu społecznym z tytułu wypadków przy pracy i chorób zawodowych?  
NIE – TAK\* (jeśli tak, podać jakie) .....

- Zaszły okoliczności określone w art. 22 ust. 1 ustawy z dnia 30.10.2002r. o ubezpieczeniu społecznym z tytułu wypadków przy pracy i chorób zawodowych?  
NIE – TAK\* (jeśli tak, podać jakie) .....

**APROBANT**

.....  
(pieczęć i podpis)

\* niepotrzebne skreślić



## 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 \*

Wobec zaistnienia z P. O. 2025 co wypadła przy przeniesieniu  
działalności gospodarczej spełnia warunki określone w przepisach  
względnie jako do świadczeń.

ZASTĘPCA NACZELNIKA  
WYDZIAŁU

31-01-2025

(Data, pieczęćka i podpis osoby uprawnionej do superaprobaty)

1) niepotrzebne skreślić

2) wypełnić w zależności od stanu sprawy