

(znak sprawy)

## Opinia w sprawie prawnej kwalifikacji wypadku

Nazwisko i imię poszkodowanego |

Kwestia do rozstrzygnięcia

Pan | \_\_\_\_\_ prowadzi działalność pozarolniczą pod nazwą |  
zajmującą się m.in. tynkowaniem (zgodnie z wpisem do PKD 43.31.Z).  
12.03.2025 r. na zlecenie klienta wykonywał usługę tynkowania w budynku gospodarczym  
w miejscowości | \_\_\_\_\_ Ze względu na dużą wysokość pomieszczenia,  
poszkodowany wykorzystał koszty murarskie, na które położył deski i przygotował podest. Na  
podeście postawił kalfas z zaprawą murarską. Pan | \_\_\_\_\_ będąc na podeście  
przystąpił do tynkowania sufitu. Podczas narzucania kolejnej porcji tynku, poszkodowany  
cofając się potknął się o kalfas, stracił równowagę i spadł na podłogę. W wyniku zaistniałego  
zdarzenia | \_\_\_\_\_ : doznał urazu – złamania kości promieniowej prawej oraz  
rany okolicy wargi.

Czy uznać zdarzenie z 12.03.2025 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>41</sup>~~

Wniosek:

W oparciu o całość przedłożonej dokumentacji, proponuję uznać zdarzenie z 12.03.2025 r. za wypadek podczas wykonywania zwykłych czynności związanych z prowadzeniem pozarolniczej działalności

- z prawem do świadczeń

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 2025 r. poz.257)

.....  
(Data, pieczęć i podpis osoby opracowującej)

**Opinia osoby uprawnionej do aprobaty**

**Popieram wniosek**

.....  
.....  
.....

**4.04.2025 r.**

.....  
(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.**

**Wy**

**4.04.2025 r.**.....  
(Data, pieczęćka i podpis osoby uprawnionej do superaprobaty)

1) niepotrzebne skreślić

2) wypełnić w zależności od stanu sprawy