

(znak sprawy)

**NOTATKA W SPRAWIE USTALANIA UPRAWNIEŃ  
DO ŚWIADCZEŃ WYPADKOWYCH  
(Z UBEZPIECZENIA WYPADKOWEGO/RENTOWEGO)**

Nazwisko i imię wnioskodawcy:

**Kwestia do rozstrzygnięcia:**

producenci prowadzi działalność pozarolniczą pod nazwą  
w zakresie m.in. konserwacja i naprawa pojazdów samochodowych, z wyłączeniem  
motocykli (zgodnie z wpisem do PKD 45.20.Z). W dniu 11.09.2025 r. Pan i  
otrzymał zlecenie od Pana u którego w miejscu zamieszkania klienta diagnozował  
usterkę samochodu. Po powrocie z wykonanego zlecenia diagnostycznego poszkodowany wysiadał  
na terenie swojej firmy z samochodu. Podczas wysiadania poszkodowany pośliznął się na mokrej  
kostce brukowej (w tym dniu padał deszcz) i upadł na podjeździe. W wyniku zaistniałego zdarzenia  
Pan i doznał urazu - skręcenia i naderwania stawu skokowego lewego.

Czy uznać zdarzenie z dnia 11.09.2025 r. za wypadek podczas:

- wykonywania zwykłych czynności związanych z prowadzeniem pozarolniczej działalności;
- wykonywania zwykłych czynności związanych ze współpracy 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>+</sup>

**Wniosek:**

W oparciu o całość przedłóżonej dokumentacji, proponuję: uznać zdarzenie z 11.09.2025 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 2025 r. poz. 257.).

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

**Opinia osoby uprawnionej do aprobaty**

**Popieram wniosek.**

2.10.2025 i

.....  
(Data, pieczętka i podpis osoby uprawnionej do aprobaty)

**Opinia osoby uprawnionej do superaprobaty**

**Akceptuję wniosek.**

.....  
(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)

<sup>1)</sup>niepotrzebne skreślić

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