

(znak sprawy)

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

Nazwisko i imię wnioskodawcy:

Kwestia do rozstrzygnięcia:

prowodzi 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 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 3¹⁾~~

Wniosek:

W oparciu o całość przedłożonej 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, pieczęć i podpis osoby opracowującej)

Opinia osoby uprawnionej do aprobaty

Popieram wniosek.

2.10.2025

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

Opinia osoby uprawnionej do superaprobaty

Akceptuję wniosek.

.....
(Data, pieczęć i podpis osoby uprawnionej do superaprobaty)

Opinia Konsultanta*

.....
(Data, pieczęć i podpis konsultanta)

Opinia Z-cy Dyrektora ds. Świadczeń*

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

¹⁾niepotrzebne skreślić

²⁾wypełnić w zależności od stanu sprawy