

(znak sprawy)

Opinia w sprawie prawnej kwalifikacji wypadku

Nozwisko i imię poszkodowanego

Kwestia do rozstrzygnięcia

Pan [red] prowadzi działalność pozarolniczą pod nazwą [red]
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 [red]. Ze względu na dużą wysokość pomieszczenia,
poszkodowany wykorzystał kozły murarskie, na które położył deski i przygotował podium. Na
podeście postawił kalfas z zaprawą murarską. Pan [red] 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 [red] 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 uaktualniającej, 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 uaktualniającej, o której mowa w ustawie o
opiece nad dziećmi w wieku do lat 3²⁴

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)

Opinia osoby uprawnionej do aprobaty

Popieram wniosek

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

4.04.2025 r.

(Data, pieczętka i podpis osoby uprawnionej do aprobaty)

Opinia osoby uprawnionej do superaprobaty

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

(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)

Decyzja osoby uprawnionej do superaprobaty *

Akceptuję wniosek.

Wysyłam

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

¹⁾ niepotrzebne skreślić

²⁾ wypełnić w zależności od stanu sprawy