398 KPiP
11000398

398/I

BIBLJOTEKA IZBY UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH
TOM I.

NOWE UBEZPIECZENIA SPOŁECZNE

1. Ubezpieczenie na wypadek choroby i macierzyństwa
2. Ubezpieczenie od wypadków i chorób zawodowych
3. Ubezpieczenie emerytalne robotników
4. Ubezpieczenie prac. umysł. (zgłoszenia, składki i organiz.)

WACŁAW BRUNER
Naczelnik Wydziału Min. Op. Sp.
ZYGMUNT KOPANKIEWICZ
ADWOKAT

Biblioteka Ministerstwa Pracy
Nr 398
Opieki Społecznej i Zdrowia

NAKŁADEM IZBY UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH
SKŁAD GŁÓWNY – DOM KSIĄŻKI POLSKIEJ
W A R S Z A W A — 1 9 3 4

Biblioteka Ministerstwa Pracy
Nr 398
Oddział Szkolenia i Zdrowia

Drukarnia
Współczesna
Sp. z o. o.
Warszawa
Szpitalna 10

PRZEDMOWA.

Obowiązująca od 1 stycznia 1934 r. ustawa o ubezpieczeniu społecznem, zwana popularnie ustawą scaleniową, wprowadziła zasadnicze zmiany w dotychczas istniejących ubezpieczeniach społecznych. Zmianie uległy zarówno organizacja instytucyj ubezpieczeń społecznych, jak i zakres ubezpieczenia, rodzaje i wysokość świadczeń, wymiar i wysokość składek i t. d.

Przepisy ustawy zostały rozwinięte w szeregu rozporządzeń, zarządzeń, statutów i regulaminów. Opanowanie tych licznych i skomplikowanych przepisów prawnych stanowiło bardzo poważną trudność dla zainteresowanych, a szczególniej dla ubezpieczonych i pracodawców, tudzież pracowników instytucyj ubezpieczeń społecznych.

Z wielu też stron podnoszono potrzebę wydawnictwa, któreby w sposób popularny i zrozumiały dla wszystkich wyjaśniło treść nowych przepisów prawnych oraz wskazało prawa i obowiązki jakie z tych przepisów wynikają.

Książka, którą do rąk czytelników oddajemy, ma przedewszystkiem na celu spełnienie tych właśnie zadań praktycznych.

Praca niniejsza została oparta na przepisach ustawy o ubezpieczeniu społecznem, ogłoszonej w Dzienniku Ustaw Nr. 51 z roku 1933, z uwzględnieniem wszystkich rozporządzeń, statutów i regulaminów, ogłoszonych do końca lutego 1934 r.

W treści swojej książka ta zawiera streszczenie powyższych przepisów, wzajemne ich logiczne i rzeczowe powią-

zanie, wraz z odpowiedniemi wyjaśnieniami, przykładami i wskazówkami praktycznemi.

Z zakresu odrębnego ubezpieczenia pracowników umysłowych (na wypadek braku pracy i emerytalne) — omawiamy w odpowiednich rozdziałach książki: zgłoszenia do ubezpieczenia, wysokość i sposób opłaty składek oraz organizację tego ubezpieczenia.

Układ książki, numeracja rozdziałów i paragrafów są inne niż w ustawie, zostały bowiem przystosowane wyłącznie do celów praktycznych i informacyjnych. Dla ułatwienia czytelnikom odszukania tekstu ustawy, wskazujemy w poszczególnych miejscach, w nawiasach, odpowiednie artykuły ustawy.

Mając na względzie charakter niniejszego wydawnictwa, pominęliśmy znaczną ilość przepisów, nie stanowiących przedmiotu specjalnego zainteresowania dla pracowników i pracodawców.

Jeśli praca ta przyczyni się do popularyzacji ubezpieczeń społecznych i ułatwi zainteresowanym zorjentowanie się w przepisach nowej ustawy, będziemy uważali, iż zadanie swoje całkowicie spełniła.

Wacław Bruner
Zygmunt Kopankiewicz

Warszawa, w lutym 1934 r.

TREŚĆ.

ROZDZIAŁ I. Wyjaśnienia ogólne.

§ 1. Jakie zmiany wprowadza nowa ustawa 9
§ 2. Krótkie informacje dla pracowników i pracodawców 10
§ 3. Zgłoszenia do ubezpieczenia w styczniu 1934 r. . 11

ROZDZIAŁ II. Obowiązek ubezpieczenia.

§ 4. Kto podlega obowiązkowi ubezpieczenia . . . 12
§ 5. Kto nie podlega obowiązkowi ubezpieczenia . . 15
§ 6. Kto podlega tylko ubezpieczeniu na wypadek choroby i od wypadków 16
§ 7. Kto podlega tylko ubezpieczeniu od wypadków i emerytalnemu 17
§ 8. Kto podlega tylko ubezpieczeniu od wypadków . 17
§ 9. Obowiązek ubezpieczenia pracowników rolnych . 18
§ 10. Początek i koniec obowiązku ubezpieczenia . . 19
§ 11. Kontynuowanie ubezpieczenia i dobrowolne ubezpieczenie 20
1. Kontynuowanie ubezp. na wypadek choroby 20
2. Kontynuowanie ubezpieczenia emerytalnego 21
3. Dobrowolne ubezp. emerytalne i na wypadek choroby 21

ROZDZIAŁ III. Zgłoszenia do ubezpieczenia.

§ 12. Gdzie się dokonywa zgłoszeń 22
§ 13. Kto dokonywa zgłoszeń 23
§ 14. Zgłoszenia dotyczące pracowników 24
1. Zgłoszenia do ubezpieczenia 24
2. Zgłaszanie zmian w stanie zatrudnienia i wysokości zarobków 25
3. Wymeldowanie z ubezpieczenia 27
§ 15. Zgłaszanie zakładów pracy do ubezpieczenia od wypadków 27
§ 16. Zgłoszenia do ubezpieczenia w styczniu 1934 r. . 27
§ 17. Legitymacja ubezpieczeniowa 28

ROZDZIAŁ IV. Składki ubezpieczeniowe.

§ 18. Wynagrodzenie w gotówce 29
§ 19. Wynagrodzenie w naturze 30

§ 20. Zarobek tygodniowy 30
§ 21. Najwyższe normy zarobków 31
§ 22. Wysokość i podział składek 32
§ 23. Obowiązek opłaty składek 39
§ 24. Sposób opłaty składek 39
§ 25. Kary za zwłokę i egzekucja 41
§ 26. Odpowiedzialność pracodawcy 41

ROZDZIAŁ V. Świadczenia na wypadek choroby i macierzyństwa.

§ 27. Świadczenia dla ubezpieczonych wrazie choroby . 42
1. Pomoc lecznicza 43
2. Zasiłki chorobowe 45
3. Leczenie szpitalne 46
4. Zasiłek domowy 47
5. Zasiłek szpitalny 47
§ 28. Świadczenia dla ubezpieczonych wrazie połogu . 47
§ 29. Kto nie ma prawa do zasiłków 48
§ 30. Zasiłek pogrzebowy wrazie śmierci ubezpieczonego 49
§ 31. Świadczenia dla członków rodzin 49
§ 32. Zwrot kosztów leczenia prywatnego 51
§ 33. Wygaśnięcie prawa do świadczeń 51
1. Ustanie obowiązku ubezpieczenia . . . 51
2. Przedawnienie 52
§ 34. Świadczenia udzielane pracownikom rolnym . . 53

ROZDZIAŁ VI. Świadczenia wypadkowe.

§ 35. Renta wypadkowa 55
1. Kto ma prawo do renty wypadkowej . . 55
2. Co to jest wypadek w zatrudnieniu . . . 55
3. Choroby zawodowe 56
4. Wysokość renty wypadkowej 57
5. Dodatek dla bezradnych 58
6. Dodatek dla dzieci 58
§ 36. Pomoc lecznicza dla ubezpieczonego 59
1. Leczenie obowiązkowe 59
2. Leczenie zapobiegawcze 59
3. Protezy 59

§ 37. Renta wdowia 60
1. Kto ma prawo do renty wdowiej 60
2. Wysokość renty wdowiej 60
3. Co wyklucza prawo do renty wdowiej . . 60
4. Jednorazowa odprawa dla wdowy . . . 61
§ 38. Renta sieroca 61
1. Kto ma prawo do renty sierocej 61
2. Wysokość renty sierocej 62
§ 39. Renta dalszej rodziny 63
§ 40. Jednorazowa zapomoga pośmiertna 63
§ 41. Świadczenia dla osób poszkodowanych przed 1.I. 1934 r. tudzież ich rodzin 64
§ 42. Kto przyznaje świadczenia wypadkowe i gdzie zgłaszać roszczenia 65
§ 43. Przedawnienie świadczeń wypadkowych . . . 67
§ 44. Odpowiedzialność pracodawcy za wypadki przy pracy 67

ROZDZIAŁ VII. Świadczenia emerytalne.

§ 45. Jakie są ogólne warunki przyznawania świadczeń . 68
§ 46. Jakie są świadczenia emerytalne 70
§ 47. Renta inwalidzka 70
1. Kto ma prawo do renty inwalidzkiej . . . 70
2. Kogo uważa się za inwalidę 70
3. Wysokość renty inwalidzkiej 71
4. Dodatek dla dzieci 72
§ 48. Pomoc lecznicza dla ubezpieczonego 72
1. Leczenia obowiązkowe 72
2. Leczenie zapobiegawcze i restytucyjne . . 75
§ 49. Renta wdowia 75
1. Kto ma prawo do renty wdowiej 75
2. Wysokość renty wdowiej 76
3. Co wyklucza prawo do renty wdowiej . . 76
4. Jednorazowa odprawa wdowia 76
§ 50. Renty sieroce 76
1. Kto ma prawo do renty sierocej 76
2. Wysokość renty sierocej 77
§ 51. Specjalne uprawnienia górników i hutników . . 77
§ 52. Dopłaty do rent 79

§ 53. Jednorazowa zapomoga pośmiertna 79
§ 54. Kto przyznaje świadczenia emerytalne i gdzie należy zgłaszać roszczenia 80
§ 55. Prawa osób ubezpieczonych przed 1 stycznia 1934 r. 81
§ 56. Zgłaszanie roszczeń przez osoby wymienione w § 55 84

ROZDZIAŁ VIII. Specjalne zaopatrzenie dla starców i ich rodzin.

§ 57. Zaopatrzenie inwalidzkie dla osób, które przed 1 stycznia 1934 r. ukończyły 65 rok życia . . 86
§ 58. Zaopatrzenie wdowie i sieroce po osobach wymienionych w § 57 87
§ 59. Zaopatrzenie osób, które przed 1 stycznia 1934 r. ukończyły 60 rok życia, lecz w dniu tym nie przekroczyły 65 roku życia 88
§ 60. Zaopatrzenie wdowie i sieroce po osobach wymienionych w § 59 89
§ 61. Zwrot składek 90
§ 62. Odwołania 90

ROZDZIAŁ IX. Odwołania i rozstrzyganie sporów.

§ 63. Spory w ubezpieczeniu na wypadek choroby . . 91
§ 64. Spory w ubezpieczeniu od wypadków 92
§ 65. Spory w robotniczem ubezpieczeniu emerytalnem . 93
§ 66. Spory w ubezpieczeniu prac. umysłowych (emeryt. i na wypadek braku pracy) — Z. U. P. U. . . . 93

ROZDZIAŁ X. Organizacja Instytucyj Ubezpieczeń Społecznych.

§ 67. Ubezpieczalnie społeczne 95
1. Zakres działania Ubezpieczalni Społecznej . 95
2. Organizacja Ubezpieczalni Społecznych . . 96
§ 68. Zakłady Ubezpieczeń Społecznych 99
1. Zakres działania Zakładów 100
2. Organizacja Zakładów 101
§ 69. Izba Ubezpieczeń Społecznych 104
1. Zakres działania Izby 104
2. Organizacja Izby 105
§ 70. Wybory do organów Instytucyj Ubezpieczeń Społecznych 106
SKOROWIDZ 109

ROZDZIAŁ I.

Wyjaśnienia ogólne.

§ 1. JAKIE ZMIANY WPROWADZA NOWA USTAWA.

Z dniem 1 stycznia 1934 r. weszła w życie Ustawa o ubezpieczeniu społecznem, która została ogłoszona w Dzienniku Ustaw Nr. 51 z r. 1933 poz. 396 i obowiązuje na całym obszarze Rzeczypospolitej, z wyjątkiem górnośląskiej części woj. śląskiego, gdzie obowiązuje ona tylko w zakresie ubezpieczenia od wypadków i organizacji ubezpieczenia pracowników umysłowych. W wykonaniu tej ustawy zostało wydanych cały szereg rozporządzeń, zarządzeń, statutów i regulaminów.

U w a g a: Celem umożliwienia zainteresowanym znalezienia odpowiednich przepisów ustawy, które omawiamy w tej książce, używamy skrótów np. (art. 14), co oznacza odpowiedni artykuł ustawy, natomiast skrót np. „patrz § 4", lub poprostu (§ 4) — oznacza odpowiedni § tej książki.

Nowa ustawa wprowadziła **zasadnicze zmiany** w dotychczas istniejących ubezpieczeniach społecznych. Przepisami swojemi obejmuje ona następujące ubezpieczenia:

1. Ubezpieczenie na wypadek chorobowy i macierzyństwa. Ubezpieczenie to dotychczas opierało się na całym obszarze Polski, z wyjątkiem górnośląskiej części województwa Śląskiego, na ustawie z dn. 19. V. 1920 r. i było wykonywane przez **Kasy Chorych i ich Związek,** a obecnie będzie wykonywane przez **Ubezpieczalnie Społeczne** i **Zakład Ubezpieczenia na Wypadek Choroby.**

2. Ubezpieczenie od wypadków w zatrudnieniu i chorób zawodowych. Ubezpieczenie to było dotychczas zna-

ne, jako „ubezpieczenie od wypadków", ustawa wprowadziła nowe ryzyko choroby zawodowej. Ubezpieczenie to będzie wykonywane przez Ubezpieczalnie Społeczne i **Zakład Ubezpieczenia od Wypadków.**

3. **Ubezpieczenie emerytalne robotników** (na wypadek inwalidztwa, starości i śmierci). Ubezpieczenie to, jako powszechne, było znane dotychczas tylko na obszarze woj. zachodnich. Ubezpieczenie to będzie wykonywane przez Ubezpieczalnie Społeczne i **Zakład Ubezpieczenia Emerytalnego Robotników.**

4. **Ubezpieczenie Pracowników Umysłowych.** Ustawa normuje tylko organizację tego ubezpieczenia, bowiem w pozostałych częściach obowiązuje nadal Rozp. Prezydenta z dn. 24. XI. 27.

Zabezpieczenie na wypadek bezrobocia robotników (Fundusz Bezrobocia) nie zostało objęte nową ustawą i w zakresie tym nadal obowiązuje ustawa z dn. 18. VII. 24 r.

Fundusz Pracy również jest regulowany nadal na mocy dotychczasowych przepisów.

Obowiązek ubezpieczenia pracowników został ustawą w znacznym stopniu zmieniony i rozszerzony (patrz § 4 i in.).

Składki uległy również znacznej zmianie tak co do wysokości, jak i sposobu obliczania (patrz § 22).

§ 2. KRÓTKIE INFORMACJE DLA PRACOWNIKÓW I PRACODAWCÓW.

Ustawa powołała do życia **Ubezpieczalnie Społeczne,** które przejęły dotychczasowe czynności **Kas Chorych,** a pozatem objęły cały szereg nowych czynności i to zarówno z ubezpieczenia wypadkowego, robotniczego emerytalnego, jak i ubezp. pracowników umysłowych, z wyjątkiem Funduszu Bezrobocia.

Pracownicy i pracodawcy będą się stykać obecnie prawie wyłącznie z Ubezpieczalniami Społecznemi, bowiem:

1) **zgłoszenia** pracowników do wszystkich rodzajów ubezpieczeń należy dokonywać tylko za pośrednictwem Ubezpieczalni Społecznych,

2) **składki** za wszystkie ubezpieczenia społeczne należy wpłacać tylko do właściwej Ubezpieczalni Społecznej,

3) **roszczenia** o wszystkie świadczenia ubezpieczeń społecznych należy zgłaszać do Ubezpieczalni Społecznych,

4) **doniesienia** o wypadkach przy pracy należy zgłaszać do Ubezpieczalni,

5) **egzekucja** i ewidencja składek dla wszystkich rodzajów ubezpieczeń będzie należała do Ubezpieczalni Społecznych. Pozatem do Ubezpieczalni będzie należał jeszcze cały szereg innych czynności.

§ 3. ZGŁOSZENIA DO UBEZPIECZENIA W STYCZNIU 1934 R.

Z powodu wejścia w życie nowej ustawy wszyscy pracodawcy winni **dokonać niezwłocznie zgłoszenia do ubezpieczenia wszystkich pracowników i robotników**, podlegających obowiązkowi ubezpieczenia, bez względu na to, czy pracownicy ci i robotnicy byli już gdziekolwiek i kiedykolwiek ubezpieczeni. Zgłoszeń tych należy dokonać na nowych formularzach Nr. 1 lub Nr. 1a (patrz § 14), niezależnie od tego należy niezwłocznie dokonać **zgłoszenia zakładu pracy** na formularzu Nr. 7, celem zaliczenia zakładu do odpowiedniej kategorji i klasy niebezpieczeństwa (w ubezpieczeniu wypadkowem) — (patrz § 15). Przyczem za zakład pracy uważa się jakiekolwiek bądź zatrudnienie pracownika, a więc zakładem pracy będzie np. gospodarstwo domowe, w którem zatrudniona jest choćby jedna służąca.

Termin tych zgłoszeń był wyznaczony do dnia 15.I. 34 r., pracodawcy jednak, którzy tych zgłoszeń dotychczas nie dokonali, winni to uczynić niezwłocznie. Konsekwencje nie dokonania zgłoszeń są b. poważne i to zarówno w postaci kar — grzywien, jak i w postaci odpowiedzialności cywilnej pracodawców w stosunku do pracowników za

szkody i straty spowodowane niezgłoszeniem ich w terminie (patrz § 13).

Wszystkie nowe formularze zgłoszeń są do nabycia w Ubezpieczalniach Społecznych. O sposobie dokonywania normalnych-okresowych zgłoszeń patrz § 12.

ROZDZIAŁ II.

Obowiązek ubezpieczenia.

§ 4. KTO PODLEGA OBOWIĄZKOWI UBEZPIECZENIA.

Art. 2 Ustawy podaje ogólne kryterjum dla ustalenia obowiązku ubezpieczenia we wszystkich rodzajach ubezpieczeń, a więc zarówno w ubezpieczeniu chorobowem, wypadkowem jak i emerytalnem (Obowiązek ubezpieczenia w Z. U. P. U. jest nadal regulowany Rozp. Prezydenta z dn. 24. XI. 27). Dalsze artykuły ustawy zwalniają od obowiązku ubezpieczenia pewne kategorje pracowników, które według art. 2 podlegałyby obowiązkowi ubezpieczenia (patrz §§ 5—9).

Według art. 2 Ustawy podlegają obowiązkowi ubezpieczenia „wszystkie osoby bez różnicy **płci i wieku**, pozostające w **stosunku pracy najemnej** lub w **stosunku służbowym**".

Pozatem podlegają obowiązkowi ubezpieczenia następujące osoby, których zatrudnienie może nie wynikać ściśle z umowy o pracę i których stosunek do pracodawcy nie będzie ściśle „stosunkiem służbowym", a mianowicie:

a) uczniowie, terminatorzy, wolontarjusze i praktykanci,

b) zatrudnieni przez pracodawcę jego krewni i powinowaci z wyjątkiem małżonka,

c) chałupnicy i osoby z nimi pracujące,

d) więźniowie, zatrudnieni w myśl art. 19, 20 i 22 Rozp. Prezydenta z dn. 7.III.28 (Dz. U. 29/28 poz. 42).

A więc, w pierwszym rzędzie zarówno **płeć** jak i **wiek**

nie mają wpływu na obowiązek ubezpieczenia. Obowiązkowi temu będą podlegali mężczyźni i kobiety, zarówno pełnoletni jak i nieletni. Wiek ma znaczenie tylko dla ubezp. emerytalnego (patrz § 6).

Obojętny również dla obowiązku ubezpieczenia jest **charakter pracodawcy.** Może nim być zarówno osoba fizyczna jak i osoba prawna, zarówno prawa prywatnego jak i publicznego (spółki, stowarzyszenia, związki komunalne, instytucje i urzędy państwowe i in.).

Obowiązek ubezpieczenia rozciąga się na **wszystkie gałęzie pracy, wszystkie działy produkcji,** obejmuje zarówno **przemysł, handel,** jak i **rolnictwo,** obejmuje zakłady pracy **prywatne, samorządowe** jak i **państwowe,** zarówno na **zysk obliczone** jak i **nie mające celów zarobkowych.** Tak więc np. gospodarstwo domowe (prywatne mieszkanie) również jest objęte obowiązkiem ubezpieczenia. Wszystkie zwolnienia od obowiązku ubezpieczenia, ze względu na charakter zakładu pracy, szczególniej w dotychczasowem ubezpieczeniu od wypadków obecnie upadły.

W zasadzie obowiązek ubezpieczenia rozciąga się na wszystkich pracowników, bez względu na **charakter ich czynności,** a więc zarówno **pracowników umysłowych jak i robotników** tudzież **służbę domową i dozorców domowych.** O zwolnieniu od obowiązku ubezpieczenia pracowników umysłowych patrz § 6, robotników rolnych patrz § 9.

Obojętny również jest **czasokres zatrudnienia** pracownika, bowiem pracownik nawet jeden dzień zatrudniony podlega obowiązkowi ubezpieczenia.

Nie ma również wpływu na obowiązek ubezpieczenia wysokość wynagrodzenia i sposób jego wypłaty (wynagrodzenie dniówkowe, tygodniowe, miesięczne, gotówkowe, prowizyjne, akordowe, w naturze i in.).

Bez znaczenia jest dla obowiązku ubezpieczenia stanowisko zajmowane przez pracownika, byleby odpowiadał on warunkom art. 2 ustawy (umowa o pracę, stosunek służbowy), podlegać zatem będą obecnie obowiązkowi ubezpieczenia np. **dyrektorowie naczelni i dyrektorowie prokurenci**

zwolnieni dotychczas od obowiązku ubezpieczenia w Kasie Chorych.

Istotnym dla obow. ubezp. jest jedynie **charakter zatrudnienia** pracownika, t. zn. **charakter tej umowy, na** podstawie której pracę on wykonuje, względnie charakter tego **stosunku prawnego,** jaki łączy pracodawcę z pracownikiem. Według bowiem art. 2 ustawy, poza nieliczną kategorją osób, wymienionych w ust. 2 nin. paragrafu, podlegać będą obowiązkowi ubezpieczenia **jedynie** osoby:

a) pozostające w stosunku **pracy najemnej** i
b) pozostające w **stosunku służbowym.**

Do kategorji pierwszej będą zatem należały osoby, zatrudnione na podstawie **umowy o pracę.** Cechami odróżniającemi „umowę o pracę" od innych umów według polskiego ustawodawstwa i orzecznictwa są: 1) zależność służbowa pracownika od pracodawcy, 2) przedmiot umowy obejmuje samą pracę, a nie jej rezultat, 3) wynagrodzenie przypada za pracę, a nie za jej rezultat, przyczem umowy z wynagrodzeniem akordowem, przy istnieniu zależności pracownika od pracodawcy, również są uważane za „umowę o pracę".

Do kategorji, wymienionej pod punktem „b" będą przedewszystkiem należeli pracownicy, zatrudnieni na podstawie aktu nominacyjnego, a więc, znajdujący się w stosunku publiczno prawnym, tudzież do tej kategorji mogą być zaliczeni pracownicy, zatrudnieni na podstawie umowy nienazwanej, o ile w umowie tej przeważają elementy, cechujące umowę o pracę, a głównie zależność od pracodawcy.

Natomiast **nie będą podlegały obowiązkowi ubezpieczenia osoby,** zatrudnione na podstawie **umowy o dzieło** (np. malarz, któremu lokator polecił odnowić mieszkanie) **umowy pełnomocnictwa** (np. członkowie zarządów osób prawnych z tytułu wykonywania czynności zarządu), **umowy zlecenia,** lub innej **umowy nienazwanej,** o ile w umowie tej nie da się stwierdzić istnienia stosunku służbowego.

§ 5. KTO NIE PODLEGA OBOWIĄZKOWI UBEZPIECZENIA.

Poniżej wymieniamy kategorje osób, które **wogóle nie podlegają obowiązkowi ubezpieczenia,** a więc ani w ubezpieczeniu chorobowem, ani wypadkowem, ani emerytalnem (art. 5). Jeśli jednak osoba taka wykonywuje pozatem inne jeszcze czynności, niż wskazane w niniejszym paragrafie, a odpowiadające warunkom § 4, z tego drugiego zajęcia będzie ona podlegała obow. ubezp. Np. etatowy urzędnik państwowy jest równocześnie nauczycielem w szkole prywatnej i z tego drugiego zajęcia będzie on podlegał obowiązkowi ubezpieczenia.

Osoby nie podlegające obowiązkowi ubezpieczenia (art. 5):

1) funkcjonarjusze państwowi, mianowani na stałe (etatowi), jak również t. zw. prowizoryczni, mający zapewnione zaopatrzenie emerytalne ze Skarbu Państwa, tudzież zawodowi wojskowi,

2) pracownicy przedsiębiorstwa „Polskie Koleje Państwowe, t. zw. etatowi, stali, i praktykanci, objęci Rozp. Rady Ministrów z dn. 28.I.34 r. przyczem t. zw. stali, zatrudnieni na obszarze b. dzielnicy pruskiej jeśli byli zatrudnieni przed 1 stycznia 1934 r., podlegają ustawie scaleniowej, ale tylko w zakresie ubezpieczenia wypadkowego i emerytalnego (patrz § 7).

3) osoby pozostające w czynnej służbie wojskowej,

4) duchowni wyznań, uznanych przez Państwo, oraz członkowie zakonów, zgromadzeń zakonnych i stowarzyszeń religijnych, należących do tych wyznań, jeżeli wykonywują czynności bezpośrednio wynikające z ich powołania duchownego i nie na mocy specjalnego tytułu prywatno-prawnego, natomiast zatrudnieni w innym charakterze podlegają obowiązkowi ubezpieczenia (np. ksiądz-nauczyciel w gimnazjum).

5) osoby spełniające prace lub posługi bez wynagrodzenia, wyłącznie z pobudek religijnych, humanitarnych, lub ideowych,

6) cudzoziemcy z tytułu zatrudnienia w przedstawicielstwach dyplomatycznych i konsularnych państw obcych oraz w międzynarodowych komisjach, natomiast z tytułu innych zatrudnień podlegają tej ustawie.

§ 6. KTO PODLEGA TYLKO UBEZPIECZENIU NA WYPADEK CHOROBY I OD WYPADKÓW.

Poniżej wymieniamy kategorje osób, które **podlegają** obowiązkowi ubezpieczenia **tylko w ubezp. na wypadek choroby i wypadkowem, nie podlegają** natomiast ubezpieczeniu **emerytalnemu** (art. 6 ust 1):

1) pracownicy umysłowi w zrozumieniu Rozp. Prezydenta z dn. 24.XI.27, z wyjątkiem prac. umysł. **rolnych,** co do których patrz § 8 i 9;

2) osoby, które po przekroczeniu 60 roku życia w chwili objęcia zatrudnienia, uzasadniającego obowiązek ubezpieczenia nie zachowały ciągłości ubezpieczenia i które nie przebyły przed osiągnięciem powyższego wieku w ubezpieczeniu conajmniej 200 tygodni składkowych. Jednakże w stosunku do tych osób, zamieszkałych na obszarze b. zab. ros. i austr., które w dn. 1.I.34 miały już ukończone 60 lat życia ta granica wieku została przesunięta do lat 65, to znaczy bez względu na wyżej wymienione warunki, dotyczące poprzedniego ubezpieczenia, będą one podlegały obowiązkowi ubezpieczenia (art. 303);

3) osoby niezdolne do zarobkowania (patrz § 47);

4) osoby otrzymujące rentę inwalidzką, na podstawie niniejszej ustawy;

5) terminatorzy, odbywający naukę zawodową na podstawie umowy spisanej i zarejestrowanej w myśl wymagań prawa przemysłowego;

6) osoby zatrudnione przez zarząd poczt i telegrafów przy różnych robotach sezonowych na linjach telegraficznych nie dłużej jak 1 miesiąc, jeżeli zasadniczem źródłem ich utrzymania nie jest praca najemna.

§ 7. KTO PODLEGA TYLKO UBEZPIECZENIU OD WYPADKÓW I EMERYTALNEMU.

Poniżej wymieniamy kategorje osób, które **podlegają** obowiązkowi ubezpieczenia tylko w ubezp. od **wypadków i robotn. emerytalnem, nie podlegają natomiast ubezp. na wypadek choroby** (art. 6 ust. 2, art. 4, art. 297):

1) pracownicy t. zw. stali P. K. P., zatrudnieni na obszarze b. dzielnicy pruskiej (patrz § 5);

2) obywatele polscy, zatrudnieni zagranicą w polskich przedstawicielstwach dyplomatycznych i etatowych konsulatach, jeżeli nie są **obowiązkowo** ubezpieczeni w krajach ich zatrudnienia. Osoby te mogą być wogóle zwolnione od ob. ubezp. na własne ich żądanie, jeżeli są **dobrowolnie** ubezpieczone w jakichkolwiek instytucjach i towarzystwach ubezpieczeń, na wyp. niezdolności do zarobkowania lub śmierci osoby ubezpieczonej;

3) obowiązek ubezpieczenia **na wypadek choroby** został **odroczony** w stosunku do pracowników przedsiębiorstw i instytucyj, które przed 1.I.34 r. udzielały swym pracownikom, zgodnie z obowiązującemi przepisami prawnemi, pomocy leczniczej zamiast ubezpieczenia w Kasach Chorych. To samo dotyczy pracowników przedsiębiorstw i instytucyj, które przed 1.I.33 r. **faktycznie** stosowały udzielanie pomocy leczniczej swym pracownikom we własnym zakresie, mimo, iż były obowiązane ubezpieczać ich w Kasie Chorych (np. Magistrat m. Warszawy) (art. 297).

§ 8. KTO PODLEGA TYLKO UBEZPIECZENIU OD WYPADKÓW.

Poniżej wymieniamy kategorje osób, które **podlegają** obowiązkowi ubezpieczenia tylko **w ubezpieczeniu od wypadków**, nie podlegają natomiast ubezpieczeniu na **wypadek choroby i emerytalnemu** (art. 6 ust. 3):

1) **pracownicy rolni** (patrz § 9), zatrudnieni w **gospodarstwach** rolnych, leśnych, ogrodowych, hodowlanych

i rybnych, oraz przy meljoracjach i komasacjach, jak również w zakładach pracy ściśle z temi gospodarstwami związanych, a nie posiadających przeważającego charakteru przemysłowego lub handlowego.

Zakładem pracy ściśle **z rolnictwem związanym, a nie posiadającym przeważającego charakteru przemysłowego lub handlowego** jest zakład pracy, który;

a) położony jest na obszarze gospodarstwa rolnego, leśnego, ogrodowego, hodowlanego, lub rybnego,

b) prowadzony jest na rachunek właściciela, dzierżawcy lub użytkownika gospodarstwa, na którego obszarze jest położony,

c) przerabia wyłącznie produkty gospodarstw, wymienionych w p. a), a przytem w przeważającej mierze produkty gospodarstwa, na którego obszarze jest położony,

d) nie podlega obowiązkowi wpisu do rejestru handlowego.

W szczególności za zakłady pracy, ściśle z rolnictwem związane, a nie posiadające przeważającego charakteru przemysłowego lub handlowego uważa się odpowiadające warunkom wymienionym w ustępie poprzednim: gorzelnie, krochmalnie, płatkarnie, suszarnie, wędzarnie, syropiarnie, przetwórnie warzyw i owoców, mleczarnie, tartaki, cegielnie, młyny i wiatraki.

2) **krewni pracodawcy** — jeżeli są przez niego zatrudnieni, a nie pozostają w stosunku pracy najemnej,

3) **praktykanci i wolontarjusze**, będący uczniami lub absolwentami szkół zawodowych lub akademickich, zatrudnieni wyłącznie w celu praktycznego przysposobienia się do swego zawodu w/g przepisów ustawy lub danej uczelni,

4) **więźniowie** (patrz § 4).

§ 9. OBOWIĄZEK UBEZPIECZENIA PRACOWNIKÓW ROLNYCH.

Robotnicy rolni nie są objęci ubezpieczeniem **emerytalnem**, z wyjątkiem woj. poznańskiego i pomorskiego,

w których pozostaje nadal w mocy dawne ubezpieczenie inwalidzkie robotników rolnych (art. 7 i 298).

W stosunku do **pracowników rolnych,** zatrudnionych na obszarze b. zab. ros. i austr., w gospodarstwach o obszarze poniżej 30 ha, **obowiązek ubezpieczenia od wypadków** został **odroczony** (art. 311) i pracownicy ci wogóle nie podlegają obecnie obowiązkowi ubezpieczenia.

Pracownicy rolni nie są ubezpieczeni **na wypadek choroby,** a zamiast tego mają prawo do pomocy leczniczej, udzielanej przez pracodawców rolnych w myśl art. 212 i 213 (patrz § 34). Jednakże pracownicy rolni, zatrudnieni na obszarze b. zab. ros. i austr. w gospodarstwach o obszarze poniżej 30 ha ani nie są ubezpieczeni na wypadek choroby, ani nie mają prawa do pomocy leczniczej ze strony pracodawcy (art. 311).

Pracownicy umysłowi rolni pozatem podlegają obowiązkowi ubezpieczenia w Z. U. P. U.

§ 10. POCZĄTEK I KONIEC OBOWIĄZKU UBEZPIECZENIA.

Obowiązek ubezpieczenia **rozpoczyna się** z dniem **faktycznego** rozpoczęcia pracy przez pracownika, a **ustaje** z dniem **rozwiązania** stosunku pracy (art. 8). Pracownik zatem już po objęciu pracy może faktycznie nie spełniać swoich czynności (urlop, choroba), a mimo to będzie podlegał obowiązkowi ubezp., aż do **dnia rozwiązania** stosunku pracy.

Natomiast obowiązek ubezpieczenia **chałupników, uczniów, terminatorów, wolontarjuszów, krewnych i powinowatych pracodawcy,** z wyjątkiem małżonka, rozpoczyna się z dniem **podjęcia zatrudnienia,** a kończy się z dniem faktycznego ustania zatrudnienia (art. 8).

Czasokres zatrudnienia pracownika jest obojętny, bowiem już po jednym dniu pracy powstaje ob. ubezp.

Obowiązek ubezpieczenia powstaje z mocy samego prawa, t. zn. **bez żadnych wezwań, nakazów** i t. p. i z dniem powstania tego obowiązku powstaje również automatycz-

nie obowiązek zgłoszenia pracownika do ubezpieczenia (forma i terminy zgłoszeń patrz § 14) i obowiązek opłacania składek (patrz § 22).

Nie zwalnia od obowiązku ubezpieczenia okoliczność, iż ktoś jest już ubezpieczony w jakiejś instytucji ubezpieczeń, nieprzewidzianej w niniejszej ustawie. Jedyny wyjątek od tej reguły zachodzi w stosunku do obywateli polskich, zatrudnionych zagranicą w polskich przedstawicielstwach dyplomatycznych i etatowych konsulatach (patrz § 7).

§ 11. KONTYNUOWANIE UBEZPIECZENIA I DOBROWOLNE UBEZPIECZENIE.

Osoby, których obowiązkowe ubezpieczenie ustało, np. wrazie utraty pracy, założenia własnego warsztatu lub t. p., mają prawo kontynuować ubezp. na wypadek choroby i emerytalne, na warunkach następujących (art. 10, 11, 220, 223):

1. Kontynuowanie ubezp. na wypadek choroby.

Kontynuować ubezpieczenie na wypadek choroby może ten, kto: 1) był obowiązkowo ubezpieczony na wypadek choroby, w ciągu ostatnich 52 tygodni przez okres przynajmniej 20 tyg., 2) za ten okres 20 tyg. były opłacone składki, 3) zgłosił do Ubezpieczalni żądanie kontynuowania nie później jak w ciągu 3 tyg. od ustania obowiązkowego ubezpieczenia. Do wymienionego okresu 3 tyg. nie wlicza się okresu pobierania zasiłku z Ubezpieczalni i okresu służby wojskowej.

Ubezpieczalnia nie może odmówić przyjęcia takiego zgłoszenia, przyczem stan zdrowia i wiek zgłaszającego kontynuowanie są bez znaczenia.

Kontynuowanie ubezpieczenia **rozpoczyna się** z dniem uiszczenia składki, a **ustaje:** a) z dniem otrzymania przez

Ubezpieczalnię zawiadomienia ubezpieczonego, iż nie chce być on nadal ubezpieczony, b) jeśli kontynuujący nie płaci składki przez 4 miesiące — z dniem ostatniego terminu płatności składki (art. 10).

Kontynuujący ma prawo do świadczeń ubezpieczalni w tych samych rozmiarach co ogół obowiązkowo ubezpieczonych.

Kontynuujący opłaca sam całą składkę według ostatniego zarobku przed ustaniem obowiązkowego ubezpieczenia, a obniżenie podstawy wymiaru składki może nastąpić tylko wrazie faktycznego obniżenia dochodów danej osoby (art. 223).

2. Kontynuowanie ubezpieczenia emerytalnego.

Kontynuować robotnicze ubezp. emerytalne ma prawo ten, kto: 1) przebył conajmniej 150 tyg. w obowiązkowem ubezp. emerytalnem, 2) za okres ten składki były opłacone lub wymierzone (art. 11, 155, 223), 3) zgłosił żądanie kontynuowania nie później jak w ciągu 13 tyg. od ustania obowiązkowego ubezpieczenia. Do okresu tego nie wlicza się czasu pobierania zasiłków z Ubezpieczalni i okresu służby wojskowej. Kontynuujący opłaca sam całą składkę, według ostatniego zarobku przed ustaniem obowiązkowego ubezpieczenia (art. 11, 220, 223), a obniżenie wymiaru składki może nastąpić tylko wrazie faktycznego obniżenia dochodów danego człowieka.

Kontynuowanie ustaje z końcem półrocza kalendarzowego, w ciągu którego ubezpieczony nie opłacił co najmniej 20 składek tygodniowych.

3. Dobrowolne ubezp. emerytalne i na wypadek choroby.

Ustawa przewiduje utworzenie dobrowolnego ubezpieczenia emerytalnego i na wyp. choroby dla tych osób,

które przymusowemu ubezpieczeniu nie podlegają. Szczegółowe warunki tego ubezpieczenia określą rozporządzenia Min. Op. Społ.

ROZDZIAŁ III.

Zgłoszenia do ubezpieczenia.

Kwestję zgłoszeń, zarówno dotyczących pracowników, jak i zakładów pracy reguluje art. 19, 20 i 21 ustawy oraz Rozp. Min. Op. Społ. z dn. 28.XII.33 r. (Dz. U. 103 z r. 1933 poz. 818).

U w a g a: Wzorów formularzy zgłoszeń ze względów technicznych zamieścić nie mogliśmy. Formularze te są do nabycia we wszystkich Ubezpieczalniach Społecznych i ich oddziałach. Przed przystąpieniem do czytania tego rozdziału należy się zaopatrzyć we wszystkie druki formularzy.

Wyjaśnienia w rozdziale niniejszym podane, nie obejmują kwestji zgłoszeń i uiszczenia składek przez pracodawców rolnych za ubezpieczenie od wypadków, nie dotyczą one również ubezpieczenia inwalidzkiego robotników rolnych w woj. poznańskim i pomorskim oraz nie mają zastosowania na obszarze górnośląskiej części woj. śląskiego.

§ 12. GDZIE SIĘ DOKONYWA ZGŁOSZEŃ.

Zgłoszenia, dotyczące wszystkich rodzajów ubezpieczeń, winny być dokonywane we **właściwej terytorjalnie Ubezpieczalni Społ.**, względnie jej oddziale lub placówce kontrolnej. Ubezpieczalnią właściwą terytorjalnie jest Ubezpieczalnia, w której okręgu znajduje się miejsce **zatrudnienia ubezpieczonego** (art. 19).

Miejscem zatrudnienia jest stałe miejsce pracy ubezpieczonego (fabryka, warsztat, biuro, gospodarstwo domowe i t. p.). Wykonywanie krótkotrwałych robót poza sta-

łem miejscem pracy nie powoduje zmiany Ubezpieczalni (art. 20).

Miejscem zatrudnienia pracowników, którzy nie mają stałego miejsca pracy, jest siedziba kierownictwa przedsiębiorstwa lub jego oddziału.

Miejscem zatrudnienia marynarzy jest port ojczysty.

Miejscem zatrudnienia osób, należących do zespołów wędrownych jest miejscowość, w której znajduje się siedziba władzy udzielającej koncesji.

Osoby, zatrudnione zagranicą w polskich przedstawicielstwach dyplomatycznych i konsulatach (patrz § 7) winny być zgłoszone do Ubezpieczalni Społecznej w Warszawie.

Na obszarze górnośląskiej części woj. śląskiego zgłoszenia dotyczące ubezpieczenia pracowników umysłowych winny być dokonywane do odpowiednich ekspozytur lub oddziałów Zakładu Ubezp. Prac. Umysłowych, zaś dotyczące ubezpieczenia od wypadków — do odpowiednich ekspozytur lub oddziału Zakładu Ubezpieczenia od Wypadków.

§ 13. KTO DOKONYWA ZGŁOSZEŃ.

Obowiązek dokonywania zgłoszeń ciąży na pracodawcy. Pracodawca podpisuje wszystkie składane zgłoszenia. Niedokonanie zgłoszenia w terminie jest zagrożone karą grzywny do 500 zł. lub dodatkowym wymiarem składek (art. 228), tudzież odpowiedzialnością cywilną pracodawcy w stosunku do pracownika za utracone świadczenia oraz szkody i straty, wyrządzone mu niezgłoszeniem w terminie (art. 232, 269). Pracodawca po całkowitem wypełnieniu zgłoszeń winien okazać je pracownikowi celem zapoznania go z treścią zgłoszenia.

Pracownik jest bezpośrednio **zainteresowany** w tem, aby zgłoszenie zostało dokonane **w terminie**. Pracownik winien pamiętać o tem, że prawa jego do świadczeń chorobowych i emerytalnych, tudzież prawo do świadczeń członków jego rodziny w wielu wypadkach będzie zależa-

ło od terminowego dokonania zgłoszenia do ubezpieczenia.

Jeśli pracodawca nie zgłasza pracownika do ubezpieczenia, winien pracownik o tem niezwłocznie zawiadomić Ubezpieczalnię. Niezależnie od tego pracownik ma prawo sam dokonać zgłoszenia do Ubezpieczalni. Zgłoszenia tego dokonywa się na formularzu Nr. 1, który można otrzymać w każdej Ubezpieczalni.

Pracodawcy i pracownikowi przysługuje prawo wyrażenia na formularzach swoich wątpliwości i zastrzeżeń co do obowiązku ubezpieczenia, jego zakresu, wysokości zarobku i t. p. Ubezpieczalnia po otrzymaniu takiego zgłoszenia z zastrzeżeniem lub wątpliwościami obowiązana jest wydać formalne orzeczenie, od którego będzie przysługiwało pracodawcy i pracownikowi odwołanie w trybie wskazanym w § 62 i nast.

§ 14. ZGŁOSZENIA DOTYCZĄCE PRACOWNIKÓW.

W stosunku do pracowników rolnych (§ 9) obowiązek zgłoszeń według poniższych wskazówek dotyczy tylko pracowników umysłowych i to tylko w zakresie ubezpienia emeryt. i na wypadek braku pracy (Z. U. P. U.).

1. Zgłoszenia do ubezpieczenia.

Pracodawca obowiązany jest zgłosić do ubezpieczenia każdego przyjętego pracownika na oddzielnym formularzu Nr. 1 bez względu na to, czy był on już poprzednio ubezpieczony, i czy podlega wszystkim, czy tylko niektórym rodzajom ubezpieczenia.

Zgłoszenia do wszystkich rodzajów ubezpieczeń dokonywa się równocześnie na tym samym formularzu Nr. 1 wykreślając tylko odpowiednie wyrazy w wypadku, gdy pracownik nie wszystkim ubezpieczeniom podlega. Jeżeli Ubezpieczalnia, po otrzymaniu takiego formularzu, nie zgadza się z propozycją pracodawcy, co do tego w jakich rodzajach ubezpieczenia pracownik podlega ubezpieczeniu

winna wydać formalne orzeczenie, ustalające zakres obowiązku ubezpieczenia. Od tego orzeczenia przysługuje pracodawcy i pracownikowi odwołanie w trybie wskazanym w § 62 i nast. Formularz Nr. 1 służy zarówno dla prac. umysłowych jak i robotników.

Termin tych zgłoszeń wynosi 7 dni, a jeśli siedziba przedsiębiorstwa znajduje się w innej miejscowości niż siedziba ubezpieczalni albo jej oddziału — 10 dni od rozpoczęcia pracy przez pracownika.

W zgłoszeniu należy między innemi podać numer legitymacji ubezpieczeniowej pracownika, wydanej po dn. 1. I. 1934 r., a jeśli pracownik legitymacji nie posiada, to wyjaśnić dlaczego.

Pracowników umysłowych, odpowiadających warunkom, o których mówimy w § 4, **a nie podlegających żadnemu rodzajowi ubezpieczenia,** zgłaszać należy wyłącznie na formularzu Nr. 1-a. Od obowiązku tego zwolnione są władze i urzędy państwowe, przedsiębiorstwa zaś państwowe obowiązane są do zakomunikowania Ubezpieczalni ogólnej liczby osób podlegających ubezpieczeniu, ze wskazaniem podstawy prawnej zwolnienia.

Pracowników umysłowych, żądających zwolnienia od obowiązku ubezpieczenia w Z. U. P. U. w myśl art. 6 Rozporządzenia Prezydenta z dn. 24. XI. 27 zgłaszać należy na formularzu Nr. 1-a, załączając odpowiednie dokumenty uzasadniające zwolnienie. Jeżeli jednak pracownicy ci podlegają obowiązkowi ubezpieczenia na wypadek choroby i od wypadków, pracodawca obowiązany jest do zgłoszenia ich również i na formularzu Nr. 1.

2. Zgłaszanie zmian w stanie zatrudnienia i wysokości zarobków.

Pracodawcy są obowiązani co miesiąc, najdalej do dnia 10-go każdego miesiąca za miesiąc ubiegły zgłaszać **imiennie** na odpowiednich formularzach **wysokość zarobków i zmiany zarobków** wszystkich zatrudnionych w ubiegłym

miesiącu pracowników, podlegających obowiązkowi ubezpieczenia (t. zw. wykazy stanu zatrudnienia).

Pracodawcy, zatrudniający więcej niż 3 pracowników, dokonywują zgłoszeń na formularzu Nr. 2 (dla robotników) i na formularzu Nr. 2-a (dla prac. umysłowych).

Wykazy stanu zatrudnienia mogą być również sporządzane na podstawie porozumienia z Ubezpieczalnią na formularzu Nr. 3 (dla robotników) i na formularzu Nr. 3-a (dla prac. umysłowych).

Pracodawcy, zatrudniający **mniej niż 4 pracowników**, zgłaszają zmiany wysokości zarobków każdego pracownika na oddzielnym formularzu Nr. 5. Pracodawcy ci mogą za zgodą Ubezpieczalni dokonywać tych zgłoszeń na formularzach Nr. 2 i 2a, względnie na podstawie porozumienia z Ubezpieczalnią na formularzach Nr. 3 i 3a.

W wykazach stanu zatrudnienia należy wypisywać na oddzielnych stronicach pracowników, podlegających wszystkim rodzajom ubezpieczenia, i na oddzielnych stronicach podlegających tylko niektórym rodzajom ubezpieczenia, przyczem należy zachować podział na następujące grupy i każdą z tych grup wypisać na oddzielnej stronicy:

1) pracownicy, podlegający wszystkim rodzajom ubezpieczenia (symbole „U" dla prac. umysłowych i „R" dla robotników),

2) pracownicy, podlegający tylko ubezpieczeniu chorobowemu i wypadkowemu (symbole „Ucw" i „Rcw"),

3) pracownicy, podlegający tylko ubezpieczeniu emerytalnemu i wypadkowemu, przyczem dla prac. umysłowych ubezp. emerytalne i od bezrobocia liczy się za jedno ubezpieczenie (symbole „Uiw" i „Riw"),

4) pracownicy, podlegający tylko ubezpieczeniu wypadkowemu (symbole „Uw" i „Rw"),

W wykazie stanu zatrudnienia należy sumować wynagrodzenie każdej z wymienionych wyżej grup oddzielnie.

Szczegółowe informacje w jaki sposób należy wypełniać wykazy stanu zatrudnienia są zamieszczone w pouczeniu dla pracodawców wydanem przez Izbę Ubezpieczeń

Społecznych. Pouczenie takie można otrzymać w każdej Ubezpieczalni.

3. Wymeldowanie z ubezpieczenia.

Pracodawcy, którzy przedstawiają Ubezpieczalni co miesiąc „wykazy stanu zatrudnienia" (zbiorowe), uskuteczniają wymeldowania pracowników na tych wykazach, zaznaczając w odpowiedniej rubryce wykazu datę wystąpienia z pracy (rozwiązania umowy o pracę), pozostali pracodawcy powinni wymeldowywać każdego pracownika na oddzielnym formularzu Nr. 6 **w ciągu 7 dni,** a jeżeli siedziba przedsiębiorstwa znajduje się poza siedzibą Ubezpieczalni lub jej oddziału, w **ciągu 10 dni** od chwili zaprzestania pracy.

§ 15. ZGŁASZANIE ZAKŁADÓW PRACY DO UBEZPIECZENIA OD WYPADKÓW.

Pracodawcy są obowiązani, wrazie założenia zakładu pracy lub przyjęcia po raz pierwszy pracowników, zgłosić do Ubezpieczalni zakład pracy na formularzu Nr. 7, równocześnie ze zgłoszeniem pracowników (w ciągu 7 dni, wzgl. 10 dni patrz § 14). Wszelkie późniejsze zmiany zgłaszać należy w tych samych terminach.

Wraz ze zgłoszeniem pracodawca powinien podać, na otrzymanym z Ubezpieczalni kwestjonarjuszu dokładny opis zakładu pracy, celem zaliczenia go do właściwej kategorji i klasy niebezpieczeństwa. Zaliczenia tego dokonywa obecnie Ubezpieczalnia Społeczna. Pracodawca winien donieść w ciągu 15 dni o każdej zmianie rodzaju lub sposobu produkcji w swym zakładzie pracy.

§ 16. ZGŁOSZENIA DO UBEZPIECZENIA W STYCZNIU 1934 R.

Z powodu wejścia w życie nowej ustawy wszyscy pracodawcy winni dokonać niezwłocznie zgłoszenia wszystkich pracowników i robotników, podlegających obowiązkowi ubezpieczenia, bez względu na to czy pracownicy ci

i robotnicy byli już gdziekolwiek i kiedykolwiek ubezpieczeni. Zgłoszeń tych należy dokonać na nowych formularzach i w sposób określony wyżej w § 14.

Termin tych zgłoszeń był wyznaczony do dnia 15. I. 34 r. pracodawcy jednak, którzy zgłoszeń dotychczas nie dokonali, winni to uczynić niezwłocznie. O konsekwencjach niedokonania zgłoszeń patrz § 13.

§ 17. LEGITYMACJA UBEZPIECZENIOWA.

Każdy pracownik, zgłoszony po raz pierwszy do ubezpieczenia, otrzyma z Ubezpieczalni legitymację ubezpieczeniową. Legitymacja ta służy pracownikowi na stałe i mimo, iż pracownik zmienia pracodawcę, a nawet przechodzi do innej Ubezpieczalni legitymację ma w dalszym ciągu tę samą.

Legitymacja jest zaopatrzona w numer rejestracyjny, który również nie ulega nigdy zmianom i zawsze pozostaje ten sam. Pracownik zgłaszający się czy to po świadczenia, czy z reklamacjami zawsze winien się powoływać na numer swojej legitymacji, gdyż to ułatwi odnalezienie akt i załatwienie sprawy.

W legitymacji winny być wpisane przez Ubezpieczalnię dane osobiste, dotyczące ubezpieczonego, oraz wymienieni członkowie jego rodziny.

Pracodawca wpisuje do legitymacji daty, dotyczące okresu pracy, zgłoszenia do ubezpieczenia i wymeldowania z ubezpieczenia.

Pozatem w legitymacji ubezpieczeniowej powinny być wpisane:

1) okresy pozostawania bez pracy (bezrobocie), wpisów tych dokonywać winny Państw. Urzędy Pośr. Pracy. (Fundusz Bezrobocia),

2) okresy pobierania zasiłków z Ubezpieczalni (wpisuje Ubezpieczalnia),

3) okresy pobierania renty wypadkowej w wysokości niemniejszej od 40% renty pełnej (wpisuje Ubezpieczalnia),

4) okresy obowiązkowej służby wojskowej (wpisuje P. K. U.).

Wszystkich tych wpisów może również dokonywać Ubezpieczalnia na podstawie przedstawionych dokumentów.

Ubezpieczony powinien sam troszczyć się o to, aby powyższe wpisy były dokonane, gdyż od tego będzie często uzależnione jego prawo do świadczeń, a szczególniej świadczeń emerytalnych (patrz § 45).

Ubezpieczony po otrzymaniu legitymacji ma prawo w ciągu miesiąca od otrzymania legitymacji zażądać sprostowania dokonanych wpisów. Jeśli Ubezpieczalnia żądania tego nie spełni winna wydać formalne orzeczenie, od którego będzie pracownikowi przysługiwało odwołanie.

Ubezpieczony ma prawo domagać się od Ubezpieczalni wpisania do jego legitymacji sumy tygodni względnie miesięcy składkowych wraz z sumą zarobków zaliczonych do ubezpieczenia emerytalnego w ciągu ostatnich dwóch lat kalendarzowych oraz czasu pozostawania bez pracy. Powyższych wpisów ubezpieczony może żądać w okresie od 1 lipca do końca września.

Ubezpieczony ma prawo w ciągu miesiąca po otrzymaniu legitymacji z temi wpisami zażądać sprostowania dokonanych wpisów. Jeśli Ubezpieczalnia żądania tego nie spełni winna wydać formalne orzeczenie, od którego będzie pracownikowi przysługiwało odwołanie.

Wzór legitymacji ustali Izba Ubezpieczeń Społecznych.

ROZDZIAŁ IV.

Składki ubezpieczeniowe.

§ 18. WYNAGRODZENIE W GOTÓWCE.

Obowiązek ubezpieczenia pracownika jest połączony z obowiązkiem uiszczania składek ubezpieczeniowych. Wysokość składki jest zależna od wysokości otrzymywa-

nego przez pracownika wynagrodzenia. Za faktyczny zarobek ubezpieczonego należy uważać całkowity dochód pracownika, stanowiący wynagrodzenie za pracę. Do wynagrodzenia pracownika należy zaliczać zarówno wynagrodzenie w gotówce jak i wynagrodzenie w naturze.

Do wynagrodzenia w gotówce należą: wynagrodzenie pieniężne, wraz z wszelkiemi dodatkami (procenty, tantjemy, prowizje, gratyfikacje i t. d.), wypłacane na podstawie umowy lub zwyczaju w danem przedsiębiorstwie, o ile dodatki te trwale wpływają na wysokość wynagrodzenia oraz wynagrodzenie za godziny nadliczbowe. Do wynagrodzenia zaliczać również należy świadczenia osób trzecich, jeśli udzielanie takich świadczeń jest w zwyczaju (np. t. zw. napiwki numerowych w hotelach i t. p.) art. 14.

§ 19. WYNAGRODZENIE W NATURZE.

Do wynagrodzenia w naturze należy: mieszkanie, oświetlenie, opał, utrzymanie, odzież, i t. p. Wartość wynagrodzenia w naturze określają właściwe starostwa, na wniosek ubezpieczalni (art. 16) po zasięgnięciu opinji właściwych organizacyj zawodowych pracodawców i pracowników.

§ 20. ZAROBEK TYGODNIOWY.

Dla obliczania **składek** tudzież **świadczeń** ustawa przyjmuje za podstawę **zarobki tygodniowe.** Za zarobek tygodniowy przyjmuje się przy wypłacie miesięcznej $^6/_{25}$ zarobku miesięcznego, a przy wypłacie dziennej kwotę zarobku dziennego pomnożoną przez 6.

Jeżeli ubezpieczony nie pracuje przez pełny tydzień, za zarobek tygodniowy przyjmuje się kwotę, która przypada łącznie za dnie przepracowane w tygodniu. Postanowienia tego nie stosuje się przy obliczaniu rent wypadkowych.

Wrazie niemożności ustalenia zarobku rzeczywistego przyjmuje się za podstawę do ubezpieczenia zarobek lokalny w danym zawodzie (art. 15).

Osoby, nie pobierające żadnego wynagrodzenia, lub zarabiające tygodniowo poniżej 6 zł. podlegają ubezpieczeniu według zarobku oznaczonego na 6 zł. tygodniowo (art. 15).

Pracownicy rolni, z wyjątkiem prac. umysłowych oraz specjalnie wykwalifikowanych, ubezpieczeni będą na podstawie przeciętnych zarobków miesięcznych, określanych corocznie przez właściwe urzędy wojewódzkie.

W podobny sposób i dla innych zawodów na wniosek zainteresowanych Ubezpieczalni może być określony przeciętny zarobek, jako podstawa ubezpieczenia osób w tym zawodzie zatrudnionych. Wykaz zawodów ustala Minister Opieki Społecznej w drodze rozporządzeń.

§ 21. NAJWYŻSZE NORMY ZAROBKÓW.

Zarówno **wymiar składek** jak i **świadczeń** odbywa się na podstawie **faktycznych zarobków** ubezpieczonych (wszelkie grupy zarobkowe zostają zniesione). Ustawa jednak wprowadza **najwyższe normy** zarobków, od których opłaca się **składki**, i które **służą za podstawę wymiaru świadczeń**, a kwoty nadwyżek, wykraczające poza te normy, są wolne od opłaty składek i nie mają wpływu na wysokość świadczeń (art. 13).

Najwyższe normy zarobków, przyjmując za miarę **zarobki tygodniowe**, wynoszą:

1) W ubezpieczeniu na **wyp. choroby 174 zł. tygodniowo,**

2) W ubezpieczeniu **od wypadków — zł. 174 tygodniowo.**

3) **W robotniczem ubezpieczeniu emerytalnem — 72 zł.** tygodniowo.

4) **W ubezpieczeniu prac. umysłowych emeryt.** i na **wyp. braku pracy** (w Z. U. P. U.) najwyższe normy zarobku wynoszą:

a) **w ubezp. emeryt. — 725 zł.** miesięcznie.

b) **w ubezp. na wyp. braku pracy — 725 zł.** miesięcznie, ale tylko dla składki opłacanej wspólnie przez pracodawcę

i pracownika (2.8%), natomiast składkę, którą opłaca sam pracownik (1.68%) oblicza się od całej nadwyżki ponad 725 zł., bez żadnych ograniczeń t. zn. bez względu na jej wysokość, jednakże świadczenia bezrobocia wymierza się conajwyżej od płacy podstawowej 725 zł.

§ 22. WYSOKOŚĆ I PODZIAŁ SKŁADEK.

Na pokrycie świadczeń, tudzież innych wydatków, związanych z ubezpieczeniem służą składki ubezpieczeniowe. Wysokość składek w stosunku do zarobku i **tylko w granicach najwyższych norm zarobku (§ 21)** — wynosi:

1) Za ubezpieczenie **na wypadek choroby**: a) za prac. umysłowych 4,6% oraz za robotników — 5.0%, przyczem **połowę tej składki** płaci pracodawca i połowę pracownik.

2) **Za robotn. ubezp. emerytalne**: a) za robotników zatrudnionych w górnictwie i hutnictwie — 5,8%, przyczem 3,6% płaci pracownik, a 2,2% pracodawca oraz b) za pozostałych robotników — 5.2%, przyczem 3,3% płaci pracownik, a 1,9% pracodawca.

Ustawa przewiduje, iż od 4-go roku działalności Zakładu Ubezp. Emeryt. Robotn. będą nakładane corocznie dodatkowe opłaty na pokrycie niewpłaconych składek (art. 220).

Art. 223

Pracodawcy opłacają za ubezpieczenie **na wyp. choroby i robotn. ubezp. emerytalne** składkę w całej wysokości z własnych funduszów za następujące kategorje pracowników: 1) za pracowników, którzy nie otrzymują żadnego wynagrodzenia, 2) za pracowników, którzy otrzymują tylko utrzymanie, 3) za pracowników, których zarobek dziennie nie przekracza 2 zł., a na obszarze woj. wileńskiego, nowogródzkiego, poleskiego, wołyńskiego, tarnopolskiego, stanisławowskiego i lwowskiego, z wyjątkiem miast, liczących ponad 50 tys. mieszkańców — 1 zł. 50 gr. dziennie.

Osoby kontynuujące ubezpieczenie opłacają same całą składkę (patrz § 11).

Za pracowników niezdolnych do pracy wskutek choroby lub połogu nie opłaca się składek przez okres, za któ-

TABELA

WYSOKOSCI i PODZIAŁU

SKŁADEK

ry otrzymują zasiłek chorobowy, domowy, szpitalny lub połogowy.

3) **Za ubezp. od wypadków** składka jest ustalana co trzy lata na podstawie obliczeń ubezpieczeniowo technicznych i wysokość jej jest uzależniona od stopnia niebezpieczeństwa danego rodzaju przedsiębiorstwa. Odpowiednie tabele kategoryj i klas niebezpieczeństwa są zamieszczone w Rozp. Min. Op. Społ. z dn. 30. XII. 1933 r. (Dz. U. 1 poz. 2 z roku 1934).

Pozatem wszyscy pracodawcy wpłacają **stały dodatek** w wysokości 0.3% zarobków (bez względu na kategorję niebezpieczeństwa), zaś pracodawcy rolni 0,2% zarobków, a w odniesieniu do ścinki i obróbki drzewa 0,3% tychże zarobków (art. 221).

Dla obliczenia wysokości składki należy ustalić do jakiej kategorji niebezpieczeństwa przedsiębiorstwo należy i jaka klasa niebezpieczeństwa mu odpowiada, przyczem w zasadzie zakład zalicza się do średniej klasy danej kategorji niebezpieczeństwa, a do klasy niższej lub wyższej tylko wtedy, gdy istniejące w niem niebezpieczeństwo w stosunku do przeciętnego zakładu jest mniejsze lub większe.

Pozatem rozporządzenie wprowadza **t. zw. jednostkę taryfową,** która wynosi dla wszystkich rodzajów przedsiębiorstw 0,06.

Wysokość składki w procencie będzie stanowić iloczyn z pomnożenia liczby oznaczającej klasę niebezpieczeństwa przez 0,06 t. j. jednostkę taryfową plus 0,3 co stanowi stały dodatek, **formuła** zatem obliczenia składki będzie następującą: **0,06 × kl. nieb. plus 0,3.** Weźmy dla przykładu kino-teatr. Przedsiębiorstwo to należy do II kateg. nieb., średnią klasą niebezpieczeństwa w II kateg. jest klasa 8, wysokość składki będzie wynosiła 0,06 × 8 plus 0,3 = = 0.48 + 0.3 = **0,78% zarobku pracowników** (patrz § 22).

Wysokość składek za więźniów, zatrudnionych w warsztatach więziennych, ustala w formie ryczałtu na okresy 3 letnie Min. Op. Sp. Za więźniów zatrudnionych przez osoby fizyczne i prawne na podstawie umów, zawartych

z zakładami więziennemi, opłaca się składkę na zasadach ogólnych (art. 221).

Składkę za ubezpieczenie od wypadków **opłaca** w całej wysokości **sam pracodawca** z własnych funduszów.

4. **Za ubezpieczenie prac. umysłowych w Z. U. P. U.** opłaca się od zarobków **miesięcznych** (za miesiąc kalendarzowy) następujące składki **w granicach najwyższych norm zarobków** (patrz § 21):

a) za ubezp. emerytalne — 8% (najwyższa norma 725 zł. mies.),

b) za ubezp. na wyp. braku pracy — 2,8% (najwyższa norma 725 zł. mies.),

c) za ubezp. na wyp. braku pracy — 1,68% od nadwyżki ponad 725 zł.

Podział tych składek między pracodawcą i pracownikiem jest następujący:

1) Gdy pracownik nie otrzymuje żadnego wynagrodzenia lub nie wyższe niż 60 zł. miesięcznie, albo tylko utrzymanie, opłaca całą składkę (bezrob. i emeryt.) z własnych funduszów pracodawca, przyjmując za zarobek 60 zł. mies.

2) Gdy pracownik otrzymuje wynagrodzenie ponad 60 zł. do 400 zł. miesięcznie składkę za bezrobocie (2,8%) płacą pracodawca i pracownik po połowie (1,4%), zaś ze składki na ubezp. emeryt. (8%) pracodawca opłaca 3/5, a pracownik 2/5 należnej składki.

3) Gdy pracownik otrzymuje wynagrodzenie ponad 400 zł. do 800 zł. miesięcznie składkę za ubezp. bezrob. (2.8%) płaci pracodawca w wysokości 1,2%, zaś pracownik 1,6% miesięcznych zarobków, zaś składkę na ubezp. emeryt. (8%) pracodawca i pracownik płacą po połowie (4%), zarówno składkę na bezrobocie jak i emerytalną oblicza się maximum od zarobku 725 zł.

4) Gdy pracownik otrzymuje wynagrodzenie ponad 800 zł. miesięcznie składkę za ubezp. bezrob. płaci pracodawca w wysokości 1% zaś pracownik 1,8% zarobków, a ze składki na ubezp. emeryt. (8%) pracodawca opłaca

$^2/_5$, pracownik zaś $^3/_5$, przypadającej składki. Zarówno składkę za bezrobocie jak i emerytalną oblicza się maximum od zarobków 725 zł.

5) Niezależnie od powyższych składek pracownik otrzymujący wynagrodzenie ponad 725 zł. miesięcznie opłaca na ubezp. bezrob. składkę z własnych funduszów w wysokości 1,68% od całej nadwyżki ponad 725 zł. Np. pracownik otrzymuje wynagrodzenie 900 zł. miesięcznie i wtedy od sumy 725 zł. opłaca składki na ubezp. bezrob. 2.8% i emeryt. 8%, wspólnie z pracodawcą w stosunku podanym w p. 4, a pozatem od sumy 175 zł. (900—725) opłaca na bezrobocie sam pracownik składkę w wysokości 1,68%.

§ 23. OBOWIĄZEK OPŁATY SKŁADEK.

Za opłatę w całości składek **jest odpowiedzialny pracodawca.** Pracodawca potrąca część składki przypadającej na pracownika z jego wynagrodzenia. Potrącenie może być dokonane tylko za ten okres, za który wypłaca się wynagrodzenie, a wszelkie potrącenia za okres ubiegły są niedopuszczalne. Pracodawca, który w okresie ubiegłym **nie potrącał pracownikowi składki, obowiązany jest zapłacić całą składkę** z własnych funduszów (art. 219).

Obowiązek opłaty składek powstaje z samego prawa i pracodawca, który zatrudnia pracowników, powinien bez żadnych wezwań i nakazów Ubezpieczalni, obliczyć i potrącić składki, a następnie pełne składki wpłacić do Ubezpieczalni.

§ 24. SPOSÓB OPŁATY SKŁADEK.

Pracodawcy, którzy zgłaszając zmiany i wysokość zarobków na t. zw. wykazach stanu zatrudnienia (zbiorowych) — patrz § 14 p. 2, dokonują obliczenia składek od objętych temi wykazami końcowych sum zarobków poszczególnych kategorji pracowników (§ 14 p. 2). Podsumowane zarobki przenosi się z poszczególnych wykazów

na deklarację, sporządzoną na formularzu Nr. 4 dla robotników i Nr. 4a dla pracowników umysłowych. Na podstawie wciągniętych do deklaracji sum zarobków oblicza się wysokość należnych składek. Sposób obliczenia składek od zarobków przeniesionych z wykazów zbiorowych jest podany w wyjaśnieniu umieszczonem na formularzu Nr. 4 i 4a. Pozatem Izba Ubezp. Społecznych wydała dla pracodawców specjalne pouczenie, zawierające szczegółowe wyjaśnienia i przykłady w jaki sposób pod względem technicznym i rachunkowym należy obliczać należne składki. Pouczenie to można otrzymać w każdej Ubezpieczalni Społecznej.

Dla pracowników, których zarobki i ich zmiany są zgłaszane na indywidualnych formularzach, oblicza się składki za każdego zosobna.

Przy wypełnianiu za dany miesiąc kalendarzowy — deklaracji (formularz Nr. 4) uwzględnia się zarobki i oblicza składki w ub. na wyp. choroby, od wypadków i rob. emeryt. tylko za te tygodnie kalendarzowe, które zakończyły się w tym miesiącu kalendarzowym, przyczem za ostatni dzień tygodnia przyjmuje się sobotę, natomiast w ubezp. prac. umysł. (bezrobocia i emeryt.) oblicza się składki od zarobku za cały miesiąc kalendarzowy.

Składki wpłaca się do właściwej Ubezpieczalni (§ 12) łącznie za wszystkie rodzaje ubezpieczeń (na wyp. chor. od wypadków, robotn. emeryt. i Z. U. P. U.).

Składki opłaca się co miesiąc z dołu, najpóźniej do dnia 10 każdego miesiąca za miesiąc ubiegły, i w tym też terminie należy składać wymienioną wyżej deklarację (formularz Nr. 4 wzgl. 4-a), każdą w dwóch egzemplarzach.

Składki należy uważać za wymierzone, gdy Ubezpieczalnia ustali ich wysokość i zawiadomi o tym wymiarze pracodawcę, bądź osobnem pismem lub rachunkiem, bądź potwierdzeniem na wykazie zgodności obliczenia, dokonanego przez pracodawcę w nadesłanych przez niego deklaracjach.

Pracodawca może w ciągu miesiąca od otrzymania ra-

chunku lub zawiadomienia zażądać od Ubezpieczalni **sprostowania** wymierzonej kwoty.

Jeśli Ubezpieczalnia nie zgodzi się na sprostowanie składek winna wydać formalne **orzeczenie**, od którego będzie przysługiwało pracodawcy odwołanie w trybie wskazanym w § 62 i nast.

Zaznaczyć należy, że składki, przypadające za czas do 31 grudnia 1933 r. należy obliczać w wysokości obowiązującej do tej daty i wpłacać je należy do właściwych instytucji t. j. do Z. U. P. U., Zakładu Ubezp. od Wypadków (lub ich oddziałów), a składki w zakresie ubezpieczenia chorobowego do Ubezpieczalni.

§ 25. KARY ZA ZWŁOKĘ I EGZEKUCJA.

Od zaległych składek ubezpieczeniowych Ubezpieczalnia ściąga odsetki zwłoki w wysokości odsetek prawnych (sądowych), zwiększonych o jedną piątą (art. 229), czyli obecnie odsetki te wynosić będą 12% w stosunku rocznym.

Odsetki zwłoki liczy się od następnego dnia po upływie płatności t. j. od dnia 11 każdego miesiąca, przyczem miesiąc rozpoczęty liczy się za cały.

Ustawa przewiduje, iż zaległe składki, odsetki, koszty egzekucyjne i inne należności Ubezpieczalni będą mogły być egzekwowane bądź przez własne organy egzekucyjne Ubezpieczalni, bądź w drodze egzekucji sądowej. Narazie jednak prawo egzekucji za pośrednictwem własnych organów egzekucyjnych zostało zawieszone, a zamiast tego egzekucja będzie przeprowadzana za pośrednictwem Urzędów Skarbowych (patrz art. 230 i 315).

§ 26. ODPOWIEDZIALNOŚĆ PRACODAWCY.

Ustawa w wielu wypadkach **uzależnia prawo do świadczeń od dokonania w terminie przepisanych zgłoszeń** tudzież opłaty w terminie składek.

Jeśli pracodawca nie zgłosił pracowników do Ubezpieczalni, lub wykazał niższe zarobki od rzeczywistych, Ubezpieczalnia z urzędu wymierza niedopłaconą składkę, a po-

nadto może wymierzyć dodatkową opłatę składek aż do wysokości niedopłaconej sumy lub też wystąpić o ukaranie pracodawcy grzywną.

Pracodawca, który nie dokonał w przepisanych terminach zgłoszeń, wykazał niższe od faktycznych zarobki lub nie opłacił w terminie składek **obowiązany jest wypłacić ubezpieczonemu** lub **członkom rodziny sumę równą wartości tych wszystkich świadczeń** jakie oni otrzymaliby z ubezpieczenia, a których zostali pozbawieni z winy pracodawcy oraz **wynagrodzić powstałe stąd szkody i straty.**

Właściwa instytucja ubezpieczeniowa obowiązana jest wydać uprawnionym obliczenie wartości utraconych świadczeń (art. 232).

Do rozstrzygania spraw na tem tle powstałych właściwe są Sądy Pracy, a w odniesieniu do gospodarstw rolnych Komisje Rozjemcze, na obszarze woj. poznańskiego, pomorskiego i górnośląskiej części woj. śląskiego — sądy powszechne.

ROZDZIAŁ V.

Świadczenia na wypadek choroby i macierzyństwa.

Z tytułu ubezpieczenia na wypadek choroby i macierzyństwa ubezpieczeni i członkowie rodzin mają prawo do świadczeń udzielanych przez Ubezpieczalnie Społeczne. Świadczeń tych udziela Ubezpieczalnia, w której pracownik był ubezpieczony. Wrazie pobytu ubezpieczonego poza okręgiem właściwej Ubezpieczalni, otrzymuje on świadczenia za pośrednictwem Ubezpieczalni miejsca pobytu (art. 125).

§ 27. ŚWIADCZENIA DLA UBEZPIECZONYCH WRAZIE CHOROBY.

Ubezpieczeni wrazie choroby mają prawo do następujących świadczeń ze strony Ubezpieczalni: 1) pomoc le-

nicza, 2) zasiłki chorobowe, 3) leczenie szpitalne, 4) zasiłki domowe, 5) zasiłki szpitalne.

1. Pomoc lecznicza.

Do pomocy leczniczej należą: a) opieka lekarska, b) lekarstwa, środki opatrunkowe, oraz środki lecznicze i pomocnicze, c) protezy.

Udzielanie pomocy przez lekarzy specjalistów, rozmiary pomocy dentystycznej, określają statuty poszczególnych Ubezpieczalni.

Pomoc lecznicza przysługuje przez 26 tygodni w poszczególnym wypadku choroby.

Prawo do tej pomocy mają wszystkie osoby, podlegające obowiązkowi ubezpieczenia na wyp. choroby, bez względu na to, czy zostały zgłoszone przez pracodawcę do ubezp. i bez względu na to, jak długo były ubezpieczone i czy składki zostały za nie opłacone. Pracownik nie zgłoszony do ubezp. wrazie choroby winien zgłosić się do Ubezpieczalni, wypełnić zgłoszenie i zażądać pomocy.

Dopłaty za pomoc leczniczą. Ubezpieczalnia pobiera następujące dopłaty: 1) za każdą poradę lekarską po 20 gr., 2) za każdy zabieg leczniczy po 10 gr., 3) za każde lekarstwo, środek leczniczy i pomocniczy po 10 gr., 4) za każdy specyfik farmaceutyczny po 30 gr.

Nie pobiera się dopłat od następujących osób:

a) od ubezpieczonych chorych i niezdolnych do pracy dłużej niż 4 tygodnie — poczynając od 5-go tygodnia choroby, oraz od członków rodzin inwalidów wojennych ubezpieczonych na podstawie art. 43 ustawy o zaopatrzeniu inwalidzkiem — od początku choroby,

b) gdy choroba spowodowana została przez wypadek w zatrudnieniu,

c) od osób, mających prawo do świadczeń po ustaniu obowiązku ubezpieczenia, art. 117 (patrz § 33).

d) od osób, dotkniętych chorobą zawodową,

e) od osób, za które składkę opłaca w całości pracodawca, art. 96 (patrz § 22).

Pozatem nie pobiera się dopłat za: 1) zabiegi chirurgiczne, 2) zabiegi rozpoznawcze, 3) naświetlanie lampą kwarcową dzieci do lat 3-ch, przeciwko krzywicy i gruźlicy gruczołowej oraz ochronne, 4) za szczepienia ochronne, 5) za porady lekarskie, lekarstwa i środki opatrunkowe **w chorobach niżej wymienionych.**

Choroby zakaźne.

1) dur brzuszny, 2) dury rzekome, 3) dur osutkowy, 4) dur powrotny, 5) ospa, 6) odra, 7) płonica, 8 nagminne zapalenie ślinianek przyusznych, 9) krztusiec, 10) błonica, 11) cholera, 12) czerwonka, 13) róża, 14) zapalenie ostre przednich rogów rdzenia, 15) nagminne zapalenie opon mózgowych, 16) nosacizna i tylczak, 17) twardziel, 18) wąglik, 19) wścieklizna, 20) tężec, 21) czynna gruźlica wszelkiej postaci, 22) choroby weneryczne, 23) posocznica, 24) gorączka połogowa, 25) żółta febra, 26) choroba tęgoryjcowa, 27) świerzb, 28) grzybica skóry, 29) jaglica, 30) ostre zapalenie migdałów, 31) promienica.

II. **Wszystkie choroby dzieci do końca 3 roku życia.**

III. **Ostre choroby umysłowe.**

IV. **Choroby ostre:** 1) ostry gościec stawowy, 2) zapalenie płatowe płuc, 3) zapalenie zrazikowe płuc, 4) atak kamicy żółciowej lub nerkowej, 5) atak duszności bolesnej, 6) ostre zapalenie wyrostka robaczkowego, 7) ostre zapalenie ucha środkowego, 8) śpiączka cukrzycowa, 9) zapalenie tęczówki i naczyniówki, 10) jaskra.

V. **Nagłe wypadki:**

1) otrucia, 2) urazy i rany, zmiażdżenia, złamania i zwichnięcia większych stawów, 3) wszelkie krwotoki, 4) wylew krwawy do mózgu, 5) zator lub zakrzep mózgu, 6) bezmocz, 7) atak mocznicy, 8) zapaść serca, 9) ostra niedrożność jelit, 10) uwięźnięta przepuklina, 11) porażenia prądem elektrycznym i od pioruna, 12) oparzenia i odmro-

żenia drugiego i trzeciego stopnia, 13) ukąszenia zwierząt jadowitych, 14) obce ciało w oku, uchu, krtani, tchawicy, nosie i przełyku.

Niezależnie od tego nie pobiera się dopłat za: 1) lekarstwa i środki opatrunkowe zastosowane osobiście przez lekarza lub pomocniczy personel lekarski, 2) surowice i szczepionki i 3) proste środki lecznicze, których spis znajduje się w każdej Ubezpieczalni.

2. Zasiłki chorobowe.

Zasiłek chorobowy przysługuje za każdy dzień stwierdzonej niezdolności do pracy wskutek choroby, nie wyłączając niedziel i świąt, poczynając od 4-tego dnia niezdolności. Jeśli jednak ubezpieczony bezpośrednio przed powstaniem nieudolności był chory i leczył się przynajmniej w ciągu 3-ch dni — zasiłek należy się od 1-go dnia niezdolności (art. 95).

Okres zasiłkowy wynosi 26 tygodni i liczy się od pierwszego dnia wypłacenia zasiłku. Gdy w pewnych okresach korzystania z pomocy leczniczej ubezpieczony nie pobierał zasiłku, pomoc ta przedłuża się aż do wyczerpania okresu zasiłkowego.

Jeśli ubezpieczony stanie się powtórnie niezdolnym do pracy z powodu nawrotu tej samej charoby, drugie zachorowanie uważa się przy obliczaniu zasiłku za nową chorobę tylko wtedy, gdy przerwa w niezdolności do pracy, stwierdzona przez lekarza Ubezpieczalni Społecznej wynosiła więcej niż 8 tygodni (art. 98).

Wysokość zasiłku. Zasiłek chorobowy wynosi tygodniowo 50% przeciętnego **tygodniowego zarobku** ubezpieczonego z okresu zatrudnienia w ciągu ostatnich 13 tygodni przed zachorowaniem. Zasiłek dzienny wynosi $^1/_7$ zasiłku tygodniowego.

Dodatki na dzieci. Ubezpieczeni, mający na utrzymaniu więcej niż 2 dzieci otrzymują dodatki do zasiłku chorobowego w wysokości 5% przeciętnego tygodniowego zarobku **na każde dziecko,** poczynając od trzeciego, z tem,

że zasiłek wraz z dodatkiem nie będzie przekraczać 65% tygodniowego przeciętnego zarobku (art. 99).

Prawo do zasiłku chorobowego nabywa zasadniczo pracownik dopiero po upływie 4-ch tygodni podlegania obowiązkowi ubezpieczenia, t. zn. po 4-ch tygodniach pozostawania w stosunku pracy, z tytułu której podlegał ubezpieczeniu, względnie był ubezpieczony (art. 115).

Pracownicy, którzy zachorowali bezpośrednio po objęciu pracy, mają narazie prawo tylko do pomocy leczniczej, a prawo do zasiłków chorobowych zyskują oni dopiero po pewnym okresie choroby, a mianowicie po upływie okresu 4-ch tygodni od chwili przyjęcia ich do pracy. W okresie tym pracodawcy opłacają za nich składki, jako za podlegających obowiązkowi ubezpieczenia, a nie pobierających zasiłków.

Ograniczeń powyższych nie stosuje się do tych pracowników, którzy w okresie ostatnich 12 miesięcy z tytułu poprzedniej pracy już byli ubezpieczeni conajmniej przez 26 tygodni. Pracownicy ci mają prawo do zasiłku już od dnia objęcia nowego zatrudnienia względnie rozpoczęcia kontynuowania ubezpieczenia.

Wrazie wypadku w zatrudnieniu lub zapadnięcia na chorobę ostrą lub ostrą chorobę zakaźną ubezpieczony ma prawo do zasiłku bez względu na to jak długo przedtem był zatrudniony lub ubezpieczony.

Chałupnicy mają prawo do zasiłku chorobowego dopiero po upływie 4-ch tygodni faktycznego ubezpieczenia wzgl. kontynuowania ubezpieczenia.

3. Leczenie szpitalne.

Zamiast pomocy leczniczej (patrz p. 1) i zasiłku chorobowego (p. 2) może Ubezpieczalnia, za zgodą chorego, umieścić go na swój pełny koszt w szpitalu na najniższej klasie (art. 103).

Bez względu na zgodę chorego, a na zalecenie lekarza może Ubezpieczalnia umieścić chorego w szpitalu, gdy: 1) rodzaj choroby wymaga leczenia, które w domu jest

niemożliwe, 2) choroba jest zakaźna, 3) stan chorego lub jego zachowanie się wymaga stałego nadzoru, 4) gdy chory niejednokrotnie przekroczył regulamin dla chorych lub postępuje wbrew poleceniom lekarza. Gdy chory nie zgadza się na leczenie w szpitalu, Ubezpieczalnia może go pozbawić zasiłku chorobowego w całości lub części.

4. Zasiłek domowy

Ubezpieczalnia wypłaca ubezpieczonym leczonym w szpitalu, którzy mają na utrzymaniu choć jedną osobę, zamieszkującą razem z ubezpieczonym, zasiłek domowy w wysokości połowy zasiłku chorobowego, jednakże dodatki na dzieci (patrz § 27 p. 2) wypłacane są w całości (art. 104).

5. Zasiłek szpitalny.

Chorzy, leczeni w szpitalu, a nie mający nikogo na utrzymaniu otrzymują zasiłek szpitalny w wysokości $^1/_5$ zasiłku chorobowego (art. 104).

§ 28. ŚWIADCZENIA DLA UBEZPIECZONYCH WRAZIE POŁOGU.

Wrazie połogu ubezpieczone mają prawo do następujących świadczeń:

1) **Pomoc lecznicza i położnicza** przed, w czasie, i po porodzie bez wszelkich dopłat, zarówno za pomoc lekarską, jak za lekarstwa i zabiegi.

2) **Zasiłek połogowy** przez czas, gdy położnica wstrzymuje się od pracy, nie wyłączając niedziel i świąt, nie dłużej jednak niż w ciągu 8 tygodni, z których conajmniej 6 przypadać powinno po porodzie. Gdy położnica po upływie tego okresu jest niezdolna do pracy ma prawo do zasiłku chorobowego.

Zasiłek połogowy wynosi tyle co chorobowy t. j. 50% przeciętnego tygodniowego zarobku ubezpieczonej, za ostatnie 13 tygodni zatrudnienia (art. 99).

3) **Zasiłek dla karmiących** matek w naturze, w ilości litra mleka dziennie lub ekwiwalent w gotówce, przez czas karmienia, od ukończenia zasiłku połogowego, nie dłużej jednak niż 12 tygodni.

Prawo do wymienionych wyżej zasiłków mają tylko te obowiązkowo ubezpieczone, które w ciągu ostatnich 12-tu miesięcy przed porodem pozostawały conajmniej przez 4 miesiące w zajęciu uzasadniającem obowiązek ubezpieczenia.

Osoby dobrowolnie ubezpieczone mają prawo do tych zasiłków jeśli były ubezpieczone conajmniej w ciągu 10 miesięcy przed porodem.

Za zgodą położnic Ubezpieczalnia może udzielić im: 1) utrzymania i opieki lekarskiej w zakładzie dla położnic; w tym przypadku zamiast zasiłku połogowego położnice otrzymują pełny zasiłek domowy lub szpitalny (patrz § 27 p. 4 i 5), 2) niezależnie od pomocy leczniczej — pomocy i opieki pielęgniarek za potrąceniem na ten cel najwyżej 50% zasiłku połogowego.

§ 29. KTO NIE MA PRAWA DO ZASIŁKÓW.

Nie mają prawa do zasiłków chorobowych, szpitalnych, domowych i połogowych:

a) robotnicy w okresie czasu, za który w myśl przepisów służbowych lub umowy otrzymują od pracodawcy całkowite wynagrodzenie.

b) pracownicy umysłowi w okresie czasu, za który w myśl przepisów prawnych przysługuje im prawo do całkowitego wynagrodzenia od pracodawcy (w zasadzie w ciągu 3-ch miesięcy).

Pozatem nie mają prawa do zasiłków chorobowych, szpitalnych i domowych: **uczniowie, praktykanci,** i **wolontarjusze,** jako też **krewni** i **powinowaci** pracodawców, nie otrzymujący wynagrodzenia.

§ 30. ZASIŁEK POGRZEBOWY WRAZIE ŚMIERCI UBEZPIECZONEGO.

Wrazie śmierci ubezpieczonego Ubezpieczalnia udziela zasiłku pogrzebowego w wysokości 3 tygodniowego ostatniego zarobku ubezpieczonego. Prawo do zasiłku ma przedewszystkiem ten, kto faktycznie pokrył koszta pogrzebu, a jeżeli pozostaje nadwyżka, to uprawnieni do jej utrzymania są w kolejności: małżonkowie, dzieci i wnuki, albo też pozostali członkowie rodziny, jeżeli do chwili śmierci ubezpieczonego żyli z nim we wspólnym gospodarstwie domowem lub byli przez niego utrzymywani.

§ 31. ŚWIADCZENIA DLA CZŁONKÓW RODZIN.

Ubezpieczalnia udziela członkom rodzin obowiązkowo ubezpieczonych lub kontynuujących ubezpieczenie następujących świadczeń (art. 110):

1) **pomocy leczniczej** w tym samym zakresie co i ubezpieczonym (patrz. § 27 p. 1) jednak tylko przez okres **13 tygodni w roku kalendarzowym.** Jeżeli członek rodziny wykorzystał w danym roku kalendarzowym 13 tygodniowy okres świadczeń ma prawo do pomocy leczniczej dopiero w następnym roku kalendarzowym. W wypadku zachorowania na jedną z ostrych chorób, których wykaz ustala Zakład Ubezpieczenia na Wypadek Choroby, Ubezpieczalnia, po wyczerpaniu 13 tygodniowego okresu może przedłużyć pomoc leczniczą conajwyżej na dalsze 13 tygodni.

Dopłaty są pobierane w wypadkach i wysokości określonej w § 27.

2) **wrazie połogu** do bezpłatnej pomocy leczniczej i położniczej w tym samym zakresie jak ubezpieczonym (§ 28).

3) **zasiłku dla karmiących** w wysokości takiej jak dla ubezpieczonych przez czas karmienia, nie dłużej jednak niż przez 12 tygodni od dnia porodu.

4) **zasiłku pogrzebowego** w wysokości połowy trzytygodniowego zarobku ubezpieczonego.

5) **leczenia i utrzymania** szpitalnego na najniższej klasie na zlecenie lekarza Ubezpieczalni przez czas niedłuższy niż 13 tygodni i tylko w wypadkach: 1) gdy rodzaj choroby wymaga leczenia, które w domu jest niemożliwe, 2) gdy choroba jest zakaźna, 3) gdy stan chorego wymaga stałego nadzoru.

Członkami rodzin, uprawnionemi do wyżej wymienionych świadczeń są: 1) żona lub niezdolny do zarobkowania mąż, 2) dzieci ślubne, uprawnione (legitymowane), przysposobione (przybrane), nieślubne, 3) wnuki w wieku do lat 16, lub ponad 16, jeżeli są niezdolni do zarobkowania, jeśli zaś się kształcą w zakładach naukowych publicznych lub mających prawo publiczności, najdłużej do ukończenia dwudziestego pierwszego roku życia, lub — wrazie odbywania studjów w wyższych zakładach naukowych do ukończenia dwudziestego czwartego roku życia.

Osoby te mogą korzystać ze świadczeń tylko jeśli 1) zamieszkują we wspólnym gospodarstwie domowem z ubezpieczonym lub 2) są wyłącznie i całkowicie przez niego utrzymywane, 3) nie podlegają obowiązkowi ubezpieczenia i nie są dobrowolnie ubezpieczone. W stosunku do żony i dzieci warunek wspólnego zamieszkania nie jest niezbędny. Nie jest konieczne by członkowie rodziny byli utrzymywani wyłącznie z zarobku ubezpieczonego. Będzie więc miała prawo do świadczeń żona ubezpieczonego, jeżeli mąż utrzymuje rodzinę nie tylko z płacy roboczej, lecz również z dochodu z własnego małego domku.

Narówni z wyżej wymienionymi członkami rodziny mają prawo do świadczeń najwyżej **dwie osoby z pośród pozostałej rodziny,** odpowiadające warunkom, wymienionym wyżej w p. 1, 2, 3, jeśli zostaną przyjęte do wykazu Ubezpieczalni nie później niż na 13 tygodni przed zachorowaniem.

Wrazie, gdy ubezpieczony nie zgłosi jednej lub obu tych osób z pozostałej rodziny, **ma prawo zgłosić jedną osobę nie należącą do rodziny** (np. żonę nieślubną) lecz posiadającą co najmniej od sześciu miesięcy warunki wymienione w pk. 1, 2 i 3 (art. 112 ust. ost. i art. 113).

Ubezpieczony celem zapewnienia świadczeń dla członków rodzin winien osoby te podać przy zgłoszeniu do ubezpieczenia na formularzu Nr. 1, a jeśli przy zgłoszeniu tego zaniedbał winien to uczynić niezwłocznie.

§ 32. ZWROT KOSZTÓW LECZENIA PRYWATNEGO.

Ubezpieczalnia zwraca ubezpieczonym koszty pomocy lekarza prywatnego tudzież koszty lekarstw i zabiegów leczniczych tylko wtedy, gdy zachodził wypadek nagły i gdy zwrócenie się do Ubezpieczalni było niemożliwe, a zwłoka groziłaby niebezpieczeństwem, przyczem Ubezpieczalnia powinna być zawiadomiona o wezwaniu lekarza prywatnego najpóźniej w ciągu dni 5-ciu od tego wezwania (art. 123).

Spory na tem tle rozstrzyga komisja rozjemcza (patrz § 62).

§ 33. WYGAŚNIĘCIE PRAWA DO ŚWIADCZEŃ.

1. Ustanie obowiązku ubezpieczenia.

Obowiązek przyznawania świadczeń przez Ubezpieczalnię **ustaje w zasadzie z dniem ustania obowiązku ubezpieczenia,** t. zn. z dniem utraty pracy, z tytułu której pracownik był ubezpieczony, ewentualnie z dniem ustania kontynuowania ubezpieczenia (art. 117).

Od tej zasady są następujące wyjątki:

1) Osobom, które przed ustaniem obowiązku ubezpieczenia były obowiązkowo ubezpieczone conajmniej przez 10 ostatnich tygodni lub w ciągu ostatnich 12 miesięcy przynajmniej przez 30 tygodni, Ubezpieczalnia obowiązana jest udzielać pomocy lekarskiej, lekarstw, środków opatrunkowych, leczniczych i pomocniczych (bez zasiłków) przez czas niedłuższy niż 13 tygodni i tylko wtedy, jeżeli wypadek choroby zajdzie w ciągu 3 tygodni od dnia ustania obowiązku ubezpieczenia, a w wypadku chorób o dłuż-

szym okresie wylęgania w ciągu 4-ch tygodni od dnia ustania obowiązku ubezp. Do chorób tych zostały zaliczone: 1) błonica, 2) cholera, 3) czerwonka, 4) dur brzuszny, 5) dury rzekome, 6) dur plamisty, 7) dur powrotny, 8) dżuma, 9) kiła, 10) krztusiec, 11) nosacizna, 12) odra, 13) ospa, 14) płonica, 15) rzerzączka, 16) tężec, 17) wąglik, 18) włośnica, 19) wodowstręt, (wścieklizna), 20) zapalenie opon mózgowych, 21) zapalenie ślinianek przyusznych (świnka), 22) zimnica.

2) osoby obowiązkowo ubezpieczone, które przed ustaniem obowiązku ubezpieczenia pozostawały przynajmniej przez 4 miesiące w zajęciu uzasadniającem obowiązek ubezpieczenia, mają wrazie połogu prawo do bezpłatnej pomocy leczniczej i położniczej przed, w czasie i po porodzie, jeśli poród nastąpi w ciągu 4-ch tygodni od dnia ustania obowiązku ubezpieczenia.

3) osoby wskazane w p. 1 i 2 mają prawo do leczenia szpitalnego na najniższej klasie (bez zasiłków) tylko w tych wypadkach, gdyby odmowa leczenia szpitalnego równała się odmowie leczenia lub też gdy Ubezpieczalnia sama uzna za konieczne umieszczenie ich w szpitalu.

4) pracownicy umysłowi, którzy mają prawo do świadczeń bezrobocia z Z. U. P. U., mimo zwolnienia z pracy, mają nadal prawo do pełnych świadczeń ze strony Ubezpieczalni, bowiem są nadal w niej ubezpieczeni przez Z. U. P. U.

Wszystkie powyższe **przepisy dotyczą tylko tych wypadków, gdy pracownik zachoruje** po zwolnieniu go z pracy (po ustaniu obowiązku ubezp.), **jeśli bowiem choroba rozpoczęła się w okresie pozostawania w ubezpieczeniu, pracownik,** mimo zwolnienia go z pracy, **ma prawo w dalszym ciągu do pełnych świadczeń Ubezpieczalni.**

2. Przedawnienie.

Prawo do zgłoszenia roszczeń o świadczenia przedawnia się z upływem pół roku od daty jego **powstania,** przyczem prawo do zasiłków pieniężnych powstaje z każdym

dniem, za który zasiłek ten się należy, a prawo do zwrotu za pomoc leczniczą z każdym dniem udzielania tej pomocy.

Kwoty przyznanych już świadczeń przedawniają się po upływie pół roku od dnia płatności danej kwoty (art. 116).

§ 34. ŚWIADCZENIA UDZIELANE PRACOWNIKOM ROLNYM.

Pracownicy rolni nie podlegają obowiązkowi ubezpieczenia na wyp. choroby (§ 9) i nie mają prawa do świadczeń z Ubezpieczalni Społecznych. Wzamian tego **ustawa nakłada na pracodawców rolnych obowiązek udzielania pracownikom wrazie choroby lub połogu pomocy na własny koszt pracodawcy.**

Obowiązek ten dotyczy na obszarze b. zab. rosyjskiego i austrjackiego, tylko gospodarstw rolnych powyżej 30 ha, bowiem pracownicy zatrudnieni w mniejszych gospodarstwach ani nie są ubezpieczeni, ani też nie mają prawa do pomocy na koszt pracodawcy (§ 9).

Pracodawcy obowiązani są udzielać świadczeń na tych samych warunkach i w ciągu tych samych okresów, jakie obowiązują Ubezpieczalnie Społeczne (art. 212).

O ile umowy indywidualne lub zbiorowe umowy o pracę albo orzeczenia Komisji Rozjemczej nie zawierają korzystniejszych postanowień, pracodawcy mają obowiązek udzielania następujących świadczeń:

1) opłacać w całości koszty leczenia szpitalnego i koszty pomocy położniczej,

2) opłacać 90% kosztów związanych z pomocą lekarską i 90% kosztów lekarstw, środków opatrunkowych i zabiegów leczniczych z wyjątkiem zabiegów techniczno-dentystycznych,

3) udzielać zasiłków w postaci pełnych naturalji, przysługujących pracownikowi. Jeżeli wartość naturalji nie stanowi 50% wynagrodzenia, pracownik rolny otrzymuje jako zasiłek pełne naturalja oraz dopłatę w gotówce w wysokości różnicy pomiędzy wartością naturaljów, a 50% całego wynagrodzenia.

Żona pracownika rolnego i jego **dzieci** do lat 15 otrzymują na koszt pracodawcy pomoc leczniczą, wymienioną wyżej w p. 1 i 2.

Pracodawca obowiązany jest udzielać wszystkich wymienionych wyżej świadczeń i po ustaniu stosunku pracy jeśli wypadek choroby lub połogu miał miejsce w czasie trwania stosunku pracy (art. 212).

Jeśli pracodawca odmawia udzielenia pracownikowi lub członkom jego rodziny pomocy lekarskiej lub **jeżeli ta pomoc jest niedostateczna — starostwo powiatowe** ma obowiązek udzielić tej pomocy **na koszt pracodawcy.**

Spory wynikłe na tle udzielania tych świadczeń rozstrzygają Komisje Rozjemcze, a w województwie poznańskiem i pomorskiem sądy powszechne.

Sposób udzielania pomocy leczniczej pracownikom rolnym i rozmiar tej pomocy szczegółowo określa Rozp. Min. Opieki Społecznej z dn. 24. X. 33 r. (Dz. U. 87/33 poz. 673).

ROZDZIAŁ VI.

Świadczenia wypadkowe.

Prawo do świadczeń wypadkowych jest niezależne od tego, czy pracownik był zgłoszony do ubezpieczenia, jak długo był ubezpieczony i czy zostały za niego zapłacone lub wymierzone składki. Wystarcza w danym razie fakt, iż pracownik wykonywał zatrudnienie z którego powinien być ubezpieczony.

Ustawa zapewnia następujące **świadczenia wypadkowe:**

1) **dla ubezpieczonego:** a) renta wypadkowa, b) dodatki do renty, c) lecznictwo, d) protezy.

2) **dla rodziny,** pozostałej po ubezpieczonym: a) renta wdowia, b) renta sieroca, c) renta dalszej rodziny, d) zapomoga pośmiertna.

§ 35. RENTA WYPADKOWA.

1. Kto ma prawo do renty wypadkowej.

Renta wypadkowa przysługuje ubezpieczonemu jeśli stał się całkowicie lub częściowo niezdolny do zarobkowania **wskutek wypadku w zatrudnieniu** lub wskutek **choroby zawodowej** i jeśli niezdolność trwa dłużej niż 4 tygodnie (art. 136), w przeciwnym razie ubezpieczony otrzymuje świadczenia w ubezpieczeniu na wypadek choroby.

Renta wypadkowa przysługuje od pierwszego dnia niezdolności do zarobkowania, trwającej dłużej niż cztery tygodnie, jednak w okresie pobierania zasiłków chorobowych, domowych, lub szpitalnych zostaje zmniejszona o pełną wysokość zasiłku chorobowego.

Jeśli leczenie w Ubezpieczalni zostaje ukończone i wobec tego Ubezpieczalnia przestaje wypłacać zasiłki, a Zakład w ciągu 14 dni od dnia ustania zasiłków nie przyznał uprawnionemu renty wypadkowej, ani zaliczek, Ubezpieczalnia będzie wypłacała uprawnionemu do renty wypadkowej, zaliczkowo na rachunek Zakładu połowę zasiłku chorobowego aż do czasu przyznania renty lub zaliczek przez Zakład, pod warunkiem, że uprawniony do renty jest niezdolny do pracy.

2. Co to jest wypadek w zatrudnieniu.

Za wypadki w zatrudnieniu należy uważać zarówno wypadki przy pracy, jak i wypadki w drodze do pracy i z pracy, tudzież wypadki przy czyszczeniu, przenoszeniu, i naprawie narzędzi, chociażby pracownik obowiązany był sam narzędzia te dostarczać, wreszcie wypadki przy domowych lub innych zajęciach, do których pracownik został użyty przez pracodawcę lub swego przełożonego (art. 137).

Jak więc widzimy wypadek może nie być bezpośrednio związany z pracą jaka należy do stałych zajęć pracownika. Odszkodowaniu podlegać będzie wypadek zarówno przy

maszynie, którą obsługuje robotnik jak również i wypadek, który wydarzy się temu robotnikowi na podwórzu fabrycznym lub w drodze do pracy, chociażby od uderzenia pioruna. Odszkodowaniu również podlegać będzie wypadek jakiemu ulegnie robotnik fabryczny posłany do wymycia okien w mieszkaniu dyrektora, lub majstra fabrycznego. Odszkodowaniu wreszcie podlegać będzie wypadek nawet w domu pracownika, jeśli nastąpi przy czyszczeniu lub naprawie narzędzi, jeśli narzędzia te pracownik obowiązany jest używać przy pracy u danego pracodawcy.

Ubezpieczony winien pamiętać o tem, że przyznanie odszkodowania za wypadki poza zakładem pracy otrzyma tylko wtedy jeśli zdoła udowodnić, w jakich okolicznościach zdarzył się wypadek. Dlatego też w każdym takim wypadku należy niezwłocznie zawiadomić Ubezpieczalnię, wskazać świadków i starać się by Ubezpieczalnia jaknajszybciej przeprowadziła dochodzenia, gdyż wrazie zwłoki przedstawienie dowodów jakich zażądała Ubezpieczalnia może być bardzo utrudnione. Pamiętać również należy o tem, że przez drogę do pracy i z pracy rozumie się drogę ,którą pracownik zazwyczaj przebywa. Przerwa w tej drodze np. dla załatwiania swych spraw osobistych może być przyczyną odmowy świadczenia.

Renta wypadkowa przysługuje ubezpieczonym chociażby wypadek nastąpił z winy pracownika np. na skutek wyraźnej z jego strony nieostrożności. Renta nie przysługuje tylko w tym przypadku, gdy pracownik rozmyślnie spowoduje wypadek w celu uzyskania odszkodowania.

3. Choroby zawodowe.

Za choroby zawodowe uważać należy:

1) zachorowanie z powodu **zatrucia ołowiem,** jego związkami, lub stopami — w przedsiębiorstwach, w których pracownicy są wystawieni na działanie tych substancyj;

2) zachorowanie z powodu **zatrucia rtęcią,** jej związkami i amalgamatami w przedsiębiorstwach, w których pracownicy są wystawieni na działanie tych substancyj;

3) zakażenie wąglikiem w gospodarstwach rolnych i przedsiębiorstwach, w których pracownicy stykają się z chorymi zwierzętami lub zakażonemi przedmiotami.

4. Wysokość renty wypadkowej.

Jeśli ubezpieczony jest całkowicie niezdolny do zarobkowania — otrzymuje rentę pełną, która wynosi miesięcznie $66^2/_3\%$ przeciętnego miesięcznego zarobku ubezpieczonego.

Jeżeli ubezpieczony jest tylko częściowo niezdolny (nie mniej jednak niż 10%) — renta jego wynosi odpowiednio do niezdolności procent renty pełnej, obliczonej w sposób wskazany wyżej (art. 139). A więc ubezpieczony niezdolny w 50 % otrzyma połowę renty pełnej, t. j. $33^1/_3\%$ zarobku. Ubezpieczony niezdolny mniej niż 10% nie ma prawa do renty wypadkowej.

Przeciętny zarobek miesięczny oblicza się na podstawie zarobków tygodniowych, z okresu zatrudnienia w ciągu ostatnich 52 tygodni przed wypadkiem lub zachorowaniem na chorobę zawodową, przyczem zachowuje się stosunek wskazany w § 19 (zarobek tygodniowy równa się 6/25 zarobku miesięcznego) i bierze się pod uwagę tylko zarobek w granicach do 174 zł. (patrz § 21).

Dla wymiaru renty wypadkowej pracownikowi, który nie pracuje przez pełny tydzień, oblicza się zarobek tak jak gdyby pełny tydzień pracował.

Dla obliczenia renty praktykantom, uczniom, terminatorom, wolontarjuszom oraz innym osobom, nie otrzymującym z powodu nieukończenia wykształcenia żadnego lub pełnego wynagrodzenia, przyjmuje się przeciętny w danej miejscowości zarobek tygodniowy osób, będących w zatrudnieniu, w którem poszkodowany odbywał wykształcenie.

Dla obliczenia renty dla więźniów (§ 4, 8) przyjmuje się przeciętny w danej miejscowości zarobek osób, będących w takiem zatrudnieniu, jakie wykonywał poszkodo-

wany. W taki sam sposób oblicza się rentę krewnych i powinowatych, zajętych bezpłatnie lub z zarobkiem niższym od przeciętnego.

„Przeciętny zarobek" stanowiący podstawę dla obliczenia renty nie może być niższy od zarobku niewykwalifikowanego robotnika, określanego corocznie dla każdego powiatu przez okręgowych inspektorów pracy.

Renty robotników rolnych, z wyjątkiem robotników specjalnie wykwalifikowanych ,oblicza się na podstawie przeciętnych miesięcznych zarobków, ustalonych przez wojewodów dla poszczególnych kategorji robotników według płci, wieku i zajęcia.

Renty ustalone na podstawie tych zarobków dla młodocianych zostaną odpowiednio podwyższone po osiągnięciu przez nich wieku, dla którego ustalony jest wyższy zarobek przeciętny.

5. Dodatek dla bezradnych.

Rencista, który wskutek wypadku lub choroby zawodowej znajduje się w takim stanie bezradności, że nie może obejść się bez stałej opieki i pomocy innych osób, otrzymuje dodatek do renty w wysokości $^1/_3$ przeciętnego miesięcznego zarobku, stanowiącego podstawę wymiaru renty (art. 140), patrz § 35 p. 4.

6. Dodatek dla dzieci.

Rencista wypadkowy, jeśli utracił conajmniej $66^2/_3$ zdolności do zarobkowania otrzymuje **na każde dziecko dodatek** w wysokości dziesiątej części renty. Renta wraz z dodatkiem na dzieci nie może przewyższać przeciętnego miesięcznego zarobku. Dodatek otrzymuje się tylko na te dzieci, które miałyby prawo do renty sierocej (patrz § 38). Przyznanie dodatku na dzieci nie ogranicza dodatku dla bezradnych (art. 141).

§ 36. POMOC LECZNICZA DLA UBEZPIECZONEGO.

1. Leczenie obowiązkowe.

Ubezpieczony, który jest chory wskutek wypadku w zatrudnieniu lub choroby zawodowej, po wyczerpaniu pomocy leczniczej Ubezpieczalni lub gdy ta pomoc mu wogóle nie przysługuje — ma prawo niezależnie od renty do pomocy leczniczej ze strony Zakładu Ubezp. od Wypadków tak długo, jak długo ta pomoc jest potrzebna. Pomoc ta winna być udzielana również i w okresach późniejszych wrazie odnowienia się cierpienia związanego z wypadkiem lub chorobą zawodową, chociażby poszkodowany nie był w tym czasie ubezpieczony na wypadek choroby. Udzielanie tej pomocy leczniczej jest dla Zakładu obowiązkowe, a okres jej trwania nie jest ograniczony. Pomocy tej winien udzielać Zakład za pośrednictwem Ubezpieczalni (art. 171).

O pomoc leczniczą należy zwrócić się do najbliższej placówki Ubezpieczalni, przedstawiając dowody, dotyczące wypadku lub choroby zawodowej. Przy leczeniu skutków wypadków i chorób zawodowych Ubezpieczalnia nie może odmówić pomocy lekarzy specjalistów.

2. Leczenie zapobiegawcze.

Zakład ma prawo (ale nie jest obowiązany) stosować leczenie celem przywrócenia zdolności do zarobkowania, osobie otrzymującej świadczenia, lub też celem zapobieżenia niezdolności, grożącej ubezpieczonemu (art. 173). Przez czas trwania tego leczenia — może być wstrzymana renta w całości lub części, jednak w wypadku tym należy przyznać członkom rodziny (§ 31) zasiłek w wysokości renty, jaką pobieraliby wrazie śmierci ubezpieczonego (art. 175).

3. Protezy.

Rencista ma prawo do bezpłatnego otrzymania z Zakładu protez, tudzież ich naprawy i odnawiania (art. 177).

§ 37. RENTA WDOWIA.

1. Kto ma prawo do renty wdowiej.

Prawo do renty wdowiej wypadkowej ma wdowa, której mąż zmarł wskutek wypadku w zatrudnieniu lub choroby zawodowej (art. 142), patrz § 35.

Świadczenia dla członków rodziny nie są zależne od tego czy ubezpieczony pobierał rentę przed śmiercią i czy zmarł bezpośrednio po wypadku. Decydującym dla prawa do świadczeń jest związek przyczynowy między wypadkiem lub chorobą zawodową, a śmiercią. Jeśli np. ubezpieczony pobierał rentę wypadkową z powodu utraty nogi, a zmarł na tyfus, rodzina nie ma prawa do świadczeń wypadkowych, gdy natomiast ubezpieczony uległ urazowi głowy, potem pozornie się wyleczył, a po pewnym czasie nagle zmarł na chorobę mózgu, związaną przyczynowo z urazem głowy, rodzinie należeć się będą świadczenia, chociaż by ubezpieczony przed śmiercią nie pobierał renty.

Wdowiec ma prawo do tej renty tylko wtedy jeśli jest inwalidą w rozumieniu ustawy (patrz § 47) i był wyłącznie utrzymywany przez zmarłą żonę.

2. Wysokość renty wdowiej.

Renta wdowia wypadkowa wynosi 30% przeciętnego zarobku, według którego miał prawo do renty sam ubezpieczony (patrz § 35 p. 4).

3. Co wyklucza prawo do renty wdowiej.

Prawo do renty wdowiej (wdowca) nie przysługuje (art. 189):

1) Jeśli małżeństwo nie trwało przynajmniej 6 miesięcy, z wyjątkiem przypadku, gdy śmierć nastąpiła z przyczyn, które zaszły po zawarciu małżeństwa,

2) jeśli w chwili śmierci małżonka małżeństwo było są-

downie rozwiązane (rozwód) lub z winy wdowy (wdowca) sądownie rozdzielone (separacja),

3) jeśli zostanie stwierdzone prawomocnym wyrokiem karno-sądowym rozmyślne działanie lub współdziałanie wdowy (wdowca) w celu spowodowania śmierci małżonka.

4. Jednorazowa odprawa dla wdowy.

Wdowa, która pobiera rentę wdowią, wrazie ponownego wyjścia zamąż traci prawo do renty, a w zamian tego otrzymuje jednorazową odprawę, której wysokość, w razie wstąpienia w ponowny związek małżeński przed ukończeniem 55 lat życia wynosi 36 miesięczną rentę wdowią, a w razie wstąpienia w ponowny związek małżeński po ukończeniu 55 lat życia — 12 miesięczną rentę. Wdowiec nie ma prawa do jednorazowej odprawy.

§ 38. RENTA SIEROCA.

1. Kto ma prawo do renty sierocej.

Prawo do renty sierocej wypadkowej mają dzieci po ojcu lub matce, który(a) zmarł(a) wskutek wypadku w zatrudnieniu lub choroby zawodowej (patrz § 35). Prawo to mają zarówno dzieci urodzone przed wypadkiem, jak i po wypadku (art. 144). Jeśli dziecku przysługuje równocześnie renta wypadkowa po ojcu i po matce, otrzymuje ono tylko jedną z tych rent i przytem tę, która jest wyższą.

Renty sieroce należą się chłopcom tylko do ukończenia 17-ego, a dziewczętom do 18-ego roku życia. Jednakże sierotom niezdolnym do zarobkowania wskutek ułomności fizycznej lub umysłowej, należą się renty i po osiągnięciu tego wieku przez cały czas trwania tej niezdolności jednak pod warunkiem, iż niezdolność ta istniała już przed osiągnięciem 17 wzgl. 18 lat życia.

Sierota, odbywająca studja w zakładach naukowych publicznych lub mających prawo publiczności, ma prawo do renty sierocej, do chwili ukończenia studjów, najdłużej jednak do 21 roku życia, a wrazie studjów w wyższych

zakładach naukowych (akademickich) — do ukończenia 24 roku życia (art. 145).

Dzieci uprawnione (legitymowane) posiadają równe prawa z dziećmi ślubnemi.

Dzieci naturalne (nieślubne) mają w stosunku do matki te same prawa jakie przysługują dzieciom ślubnym, w stosunku zaś do ojca naturalnego tylko w tym przypadku, jeżeli ojcostwo zostało już za życia ojca sądownie ustalone, albo w wypadku, gdy ojcostwo zostało pozasądownie uznane i ubezpieczony łożył na utrzymanie dziecka, a wrazie, gdy dziecko urodziło się dopiero po śmierci ojca, jeżeli ojcostwo zostało sądownie ustalone.

Dzieci przysposobione (przybrane) mają prawo do renty sierocej, jeżeli zostały przysposobione (przybrane) przed powstaniem prawa do renty i jeżeli nie mają prawa do renty ani po ojcu, ani po matce.

Pasierbowie i pasierbice mają prawo do rent sierocych, jeżeli pozostawali na utrzymaniu osoby ubezpieczonej przed powstaniem prawa do renty i jeżeli nie mają prawa do renty ani po ojcu ani po matce.

Sierota traci prawo do renty wrazie wstąpienia w związek małżeński (art. 186).

Sierota nie ma prawa do renty jeżeli stwierdzono prawomocnym wyrokiem karno-sądowym rozmyślne działanie lub współdziałanie dziecka w celu — spowodowania śmierci ubezpieczonego, po którym miałoby prawo do renty (art. 190).

2. Wysokość renty sierocej.

Renta sieroca wypadkowa wynosi 20%, a dla sieroty bez ojca i matki 25% zarobku przeciętnego, według którego miał prawo do renty sam ubezpieczony (patrz § 35 p. 4).

Suma rent wdowiej i sierocej lub suma rent sierocych nie może przewyższać pełnej renty, jaką otrzymywałby zmarły.

Jeżeli suma tych rent miałaby przewyższać powyższą granicę, należy każdą z rent stosunkowo obniżyć z tem je-

dnak zastrzeżeniem, że wrazie zmniejszenia się liczby uprawnionych należy obniżone renty odpowiednio podwyższyć.

§ 39. RENTA DALSZEJ RODZINY.

Jeżeli zmarły nie pozostawił po sobie wdowy ani sierot lub też suma rent wdowiej i sierocych nie wyczerpuje kwoty pełnej renty, jakaby przysługiwała zmarłemu, natenczas rentę może otrzymać dalsza rodzina, a mianowicie: **wstępni** (rodzice, dziadkowie i t. d.), jak długo są w niedostatku, a **wnukowie** i **rodzeństwo** na warunkach, co do wieku takich samych, jak dzieci, jeżeli byli przeważnie na utrzymaniu zmarłego.

Renta dalszej rodziny wynosi łącznie 20% przeciętnego zarobku zmarłego (patrz § 35, p. 4).

Renta dalszej rodziny należy się członkom rodziny w następującej kolejności: 1) wnukowie, którzy pozostawali na wyłącznem utrzymaniu zmarłego, 2) rodzice zmarłego, 3) dziadkowie, 4) wnukowie, którzy nie pozostawali na wyłącznem utrzymaniu zmarłego, 5) rodzeństwo zmarłego.

Jeżeli uprawnionych jest kilku tej samej kategorji, każdy z nich otrzymuje odpowiednią część renty. Jeżeli np. uprawnieni będą brat i siostra, każde z nich otrzyma rentę w wysokości 10%.

Zwrócić uwagę należy na to, że rodzice i dziadkowie, jeśli znajdą się w niedostatku, mają prawo do renty chociażby zmarły nie przyczyniał się do ich utrzymania.

§ 40. JEDNORAZOWA ZAPOMOGA POŚMIERTNA.

Niezależnie od rent, o których była mowa w poprzednich paragrafach, rodzinie, pozostałej po zmarłym wskutek wypadku lub choroby zawodowej, przysługuje jednorazowa zapomoga pośmiertna w wysokości miesięcznego zarobku zmarłego z ostatniego miesiąca zatrudnienia, nie mniej jednak niż 75 zł. Jednorazowa zapomoga przysługuje małżonkowi, gdy tego nie ma — dzieciom. Jeśli zaś niema mał-

żonka i dzieci dalszej rodzinie w kolejności przewidzianej dla renty dalszej rodziny, art. 150 (§ 39).

§ 41. ŚWIADCZENIA DLA OSÓB POSZKODOWANYCH PRZED 1. I. 1934 R. TUDZIEŻ ICH RODZIN.

Jeżeli wypadek lub śmierć nastąpiły przed 1 stycznia 1934 r. to rentę przyznaje się na podstawie dotychczasowych ustaw.

Jeżeli jednak wypadek nastąpił przed 1 stycznia 1934 r. a śmierć po tym dniu — rentę dla rodziny przyznaje się według nowej ustawy.

Jest to przepis korzystny dla ubezpieczonych, gdyż renty wdowia i sieroce według nowej ustawy są wyższe od rent dawnych.

Podobnie korzystne dla ubezpieczonych jest przyznanie wszystkim dawnym rencistom prawa do otrzymania protez i leczenia chorób, które objawią się w przyszłości, jako skutki wypadków. Te uprawnienia przysługiwały dotychczas tylko rencistom z b. zab. pruskiego i z Górnego Śląska.

Renty przyznane na podstawie dotychczasowych ustaw od zarobków niższych niż 600 zł. rocznie dla mężczyzn lub 480 zł. dla kobiet zostaną podwyższone tak jakgdyby należały się od przeciętnego rocznego zarobku zł. 600 dla mężczyzn i 480 zł. dla kobiet. Takich rent jest obecnie kilka tysięcy.

Renty wdowie zostaną podwyższone z 20 na 30% przeciętnego zarobku, renty sierot niezupełnych z 15 na 20%, a renty sierot zupełnych z 20 na 25%.

Podwyższone jednak zostaną tylko te renty, których wysokość nie przekracza wysokości renty, obliczonej w myśl ustawy scaleniowej od zarobku 300 zł. miesięcznie, przyczem podwyższa się renty tylko do wysokości renty jaka się należy od tego zarobku. Jeśli np. wdowa otrzymywała rentę w wysokości 40 zł. miesięcznie, otrzyma 60 zł., to jest o połowę więcej, jeśli jednak otrzymywała 80 zł., miesięcznie, dostanie tylko 90 zł., gdyż tyle wynosi renta wdo-

wia obliczona od przeciętnego miesięcznego zarobku w kwocie 300 zł. Renty wdowie zaś w wysokości nie mniejszej niż 90 zł. miesięcznie nie będą podwyższone. Podobnie nie będą podwyższone renty sierot w kwocie nie mniejszej niż 60 zł. miesięcznie i renty sierot zupełnych w kwocie nie mniejszej niż 75 zł. miesięcznie.

Renciści z b. zab. rosyjskiego i austrjackiego nie odczują bezpośrednio tego podwyższenia rent wdowich i sierocych, gdyż dotychczas otrzymywali te same podwyżki w formie dobrowolnych dopłat Zakładu Ubezpieczenia od Wypadków, osiągają więc tylko te korzyści, że zamiast dobrowolnych dodatków, które w każdej chwili mogły być odwołane, uzyskują świadczenia trwałe, oparte na przepisach prawnych. Natomiast renciści z b. zab. pruskiego i z Górnego Śląska przez zrównanie ich z rencistami pozostałych dzielnic uzyskają faktyczne podwyżki.

Renty sieroce przysługiwały dotychczas do ukończenia 15 roku życia, lecz faktycznie w b. zab. ros. i austr. wypłacane były dodatki do ukończenia 17 roku życia. Obecnie wszystkie sieroty, które w dniu 1 stycznia 1934 r. otrzymywały renty sieroce — uzyskają przedłużenie rent — chłopcy do ukończenia 17-go, a dziewczęta do ukończenia 18-go roku życia.

§ 42. KTO PRZYZNAJE ŚWIADCZENIA WYPADKOWE I GDZIE ZGŁASZAĆ ROSZCZENIA.

Wszystkie renty wypadkowe przyznaje i wypłaca Zakład Ubezpieczenia od Wypadków i jego oddziały. Jednorazową zapomogę pośmiertną wypłacają Ubezpieczalnie Społeczne zaliczkowo.

O świadczenia wypadkowe zgłaszać się należy do najbliższej Ubezpieczalni lub jej oddziału. Ubezpieczalnie bowiem przeprowadzają wszystkie niezbędne dochodzenia i one stawiają wniosek o przyznanie renty. Ubezpieczalnie Społeczne przeprowadzają te czynności, które dotychczas przeprowadzały starostwa lub policja państwowa.

Na Górnym Śląsku roszczenia o świadczenia wypad-

kowe należy zgłaszać do Oddziału Zakładu Ubezpieczenia od Wypadków.

Żądanie przyznania świadczeń można zgłosić piśmiennie lub ustnie. O każdym wypadku w zatrudnieniu winien pracodawca w ciągu 5 dni zawiadomić właściwą Ubezpieczalnię. Termin ten jednak, jeżeli chodzi o wypadki, które zdarzyły się poza terenem pracy, liczy się od dnia zawiadomienia pracodawcy o tem, że zaszedł wypadek.

Niezależnie od obowiązku pracodawcy zawiadomienia o wypadku poszkodowany lub członkowie rodziny winni we własnym interesie donieść Ubezpieczalni o każdym wypadku przy pracy. Chodzi tu z jednej strony o jaknajszybsze przyznanie świadczeń, z drugiej zaś strony o uniknięcie przedawnienia.

Najprostszym sposobem zawiadomienia Ubezpieczalni jest ustne zawiadomienie lekarza Ubezpieczalni, który udziela pomocy lekarskiej, że okaleczenie lub choroba jest skutkiem wypadku.

Posiadając takie zawiadomienie, Ubezpieczalnia rozpoczyna dochodzenie.

Przy dochodzeniach zarówno poszkodowani jak i członkowie rodziny mogą być wspierani przez mężów zaufania.

W czasie dochodzeń spisany jest z poszkodowanym lub członkiem rodziny protokuł, w którym podane być winny wszelkie okoliczności wypadku oraz wszelkie wiadomości potrzebne dla przyznania świadczeń. Zainteresowani winni we własnym interesie podawać wyczerpujące i dokładne informacje, a przed podpisaniem protokułu winni zapoznać się z jego treścią.

Ubezpieczalnia w każdym wypadku zawiadamia o tem, jakie dokumenty należy przedstawić.

Ważniejsze dokumenty wymieniamy: w każdym wypadku żądania odszkodowania przez członków rodziny należy przedstawić:

1) akt zejścia osoby poszkodowanej,

2) metryki urodzenia osób, które domagają się odszkodowania.

Wdowa winna ponadto przedstawić:

1) akt ślubu,
2) dowód pozostawania we wspólności małżeńskiej,
3) członkowie dalszej rodziny: a) dowód pokrewieństwa (metryka zmarłego i metryki własne), b) zaświadczenia urzędowe, iż pozostawali na wyłącznem lub przeważnem utrzymaniu zmarłego.

§ 43. PRZEDAWNIENIE ŚWIADCZEŃ WYPADKOWYCH.

Prawo do świadczeń wypadkowych można utracić przez przedawnienie.

Okres przedawnienia dla zgłoszenia roszczeń o rentę wypadkową wynosi 3 lata, licząc od wypadku, a roszczeń o renty wdowie i sieroce lub renty dalszej rodziny wynosi trzy lata, licząc od śmierci ubezpieczonego.

Prawo do jednorazowej zapomogi pośmiertnej przedawnia się po roku od śmierci ubezpieczonego.

Prawo do odprawy wdowiej przedawnia się po roku od dnia ponownego zamążpójścia wdowy.

Po upływie czasu, wymienionego wyżej, może być roszczenie zgłoszone tylko wówczas:

a) gdy istniała przeszkoda do zgłoszenia roszczenia niezależna od osoby, która zgłasza roszczenia,

b) gdy poszkodowany dopiero po upływie okresu przedawnienia stwierdził nowe objawy choroby lub inne okoliczności, pozostające w związku przyczynowym z wypadkiem lub chorobą zawodową, i powodujące niezdolność do zarobkowania albo też poważne pogorszenie stanu zdrowia lub niezdolności do zarobkowania.

Roszczenie będzie o tyle skuteczne o ile zostanie zgłoszone nie później niż w ciągu 6-ciu miesięcy od ustania przeszkody lub stwierdzenia nowych okoliczności.

§ 44. ODPOWIEDZIALNOŚĆ PRACODAWCY ZA WYPADKI PRZY PRACY.

Gdy wypadek przy pracy lub choroba zawodowa zostały spowodowane przez pracodawcę lub jego zastępcę **rozmyślnie** albo też przez **zaniedbanie** obowiązków, wy-

nikających z przepisów o ochronie życia i zdrowia pracowników — pracodawca obowiązany jest zwrócić Zakładowi Ubezpieczenia od Wypadków równowartość świadczeń należnych z Zakładu ubezpieczonemu lub członkom jego rodziny.

Niezależnie od tego ubezpieczony i członkowie jego rodziny, w takim wypadku, mają prawo poszukiwać od pracodawcy pełnego odszkodowania, należnego na podstawie ustaw cywilnych, pomniejszonego jedynie o sumę renty przyznanej przez Zakład.

Przepisy niniejszego paragrafu mają analogiczne zastosowanie w ubezpieczeniu chorobowem i emerytalnem (art. 195, 196).

ROZDZIAŁ VII.

Świadczenia emerytalne.

§ 45. JAKIE SĄ OGÓLNE WARUNKI PRZYZNAWANIA ŚWIADCZEŃ.

Wszystkie świadczenia emerytalne zarówno dla ubezpieczonego jak i dla członków pozostałej po nim rodziny, z wyjątkiem jednorazowej odprawy pośmiertnej, uzależnione są od przebycia przez robotnika pewnego okresu czasu w ubezpieczeniu, który nazywamy **„okresem wyczekiwania"**. Okres wyczekiwania, podobnie jak wszelkie inne okresy przebyte w ubezpieczeniu emerytalnem, mierzy się tygodniami składkowemi, a za **tygodnie składkowe uważa** się tygodnie, za które składki zostały opłacone lub wymierzone przez Ubezpieczalnię (patrz § 24).

Okres wyczekiwania wynosi 200 tygodni składkowych, które winny przypadać na okres ostatnich 10 lat, z czego przynajmniej 50 tygodni składkowych na okres ostatnich trzech lat. Zarówno okres 10 lat, jak i 3-ch lat liczy się wstecz od początku inwalidztwa ubezpieczonego, a jeśli ubezpieczony nie był inwalidą, od dnia jego śmierci.

Jak więc widzimy, „okres wyczekiwania" musi wynosić **pewną ilość** tygodni składkowych i tygodnie te winny być przebyte **w określonym czasie**. Jeśli zatem robotnik ma 200 tygodni składkowych, ale nie w okresie 10 lat lecz 15 lat, licząc wstecz od dnia powstania inwalidztwa, to nie będzie on miał prawa do renty inwalidzkiej.

Do wymienionych wyżej okresów 10 lat i 3-ch lat **nie wlicza się**: 1) czasu bezrobocia, udowodnionego zaświadczeniem Urzędu Pośrednictwa Pracy, 2) czasu pobierania z Ubezpieczalni zasiłków, 3) czasu pobierania renty wypadkowej nie mniejszej niż 40% renty pełnej, 4) czasu obowiązkowej służby wojskowej, czyli od całego okresu w którym przebyto 200 tygodni składkowych odejmuje się czas bezrobocia, czas pobierania z Ubezpieczalni zasiłków, czas pobierania renty wypadkowej, czas służby wojskowej. Jeśli zatem robotnik, którego podaliśmy w przykładzie miał **w okresie 15 lat** — 2 lata służby wojskowej i 3 lata bezrobocia to ponieważ tych 5-ciu lat **nie wlicza się** należy je odjąć od 15 lat, a wtedy pozostanie **10 lat** i robotnik ten będzie miał prawo do renty inwalidzkiej, ponieważ ma 200 tygodni składkowych w okresie 10 lat.

W ten sam sposób nie wlicza się czasu bezrobocia, czasu pobierania zasiłków z Ubezpieczalni, czasu pobierania renty wypadkowej i służby wojskowej do wymienionego wyżej **okresu 3 lat**, w ciągu których robotnik powinien mieć przynajmniej 50 tygodni składkowych.

Jednem słowem bezrobocie, okres pobierania zasiłków, okres obowiązkowej służby wojskowej i czas pobierania renty wypadkowej nie mniejszej niż 40% nie wpływa na utratę nabytych już praw.

Warunek, aby tygodnie składkowe przypadały na ostatnie 10 lat, względnie 3 lata nie będzie wymagany od osób, które kiedykolwiek przebędą w ubezpieczeniu 1000 tygodni składkowych (20 lat) lub też taką liczbę tygodni składkowych większą od 200, która stanowi 3/4 tygodni kalendarzowych między początkiem ubezpieczenia, a dniem powstania inwalidztwa lub śmierci.

§ 46. JAKIE SĄ ŚWIADCZENIA EMERYTALNE.

Ustawa przewiduje następujące świadczenia emerytalne:

1) **dla ubezpieczonego:** a) renta inwalidzka, b) dodatki na dzieci, c) lecznictwo,

2) **dla członków rodziny:** a) renta wdowia, b) renty sieroce, c) dodatki do rent sierocych, d) jednorazowa zapomoga pośmiertna.

§ 47. RENTA INWALIDZKA.

1. Kto ma prawo do renty inwalidzkiej.

Prawo do renty inwalidzkiej (art. 153) przysługuje osobie, która posiada okres wyczekiwania (patrz § 45) i jest inwalidą w rozumieniu ustawy.

2. Kogo uważa się za inwalidę.

Inwalidą w rozumieniu ustawy scaleniowej jest:

1) ten, kto wskutek choroby, ułomności fizycznej lub umysłowej, bądź też wskutek upadku sił fizycznych lub umysłowych stanie się niezdolny do zarobienia własną pracą trzeciej części tego, co zarabia w danej miejscowości osoba w pełni sił fizycznych i umysłowych o podobnem wykształceniu i uzdolnieniu,

2) ten, kto ukończył 65 rok życia,

Ustawa uznaje więc za inwalidę zarówno starca, który ukończył 65 rok życia, chociażby zdolnego do zarobkowania, jak również osobę, która utraci ponad 2/3 zdolności do zarobkowania. Przy ocenie zdolności do zarobkowania należy uwzględniać uzdolnienie i wykształcenie ubezpieczonego oraz miejscowe stosunki zarobkowe.

Ustawa przewiduje ulgowe warunki inwalidztwa dla osób, zatrudnionych w górnictwie i hutnictwie, co omówione zostanie osobno (patrz § 51).

3. Wysokość renty inwalidzkiej.

Renta inwalidzka (art. 154) składa się z kwoty zasadniczej i kwoty indywidualnej.

Kwota zasadnicza jest jednolita dla tych wszystkich rencistów, którym w danym roku przyznano świadczenia rentowe.

Wysokość kwoty zasadniczej ustala corocznie Rada Ministrów na wniosek Ministra Opieki Społecznej w granicach 10 — 16% przeciętnego zarobku miesięcznego wszystkich ubezpieczonych, którym w roku ubiegłym przyznano świadczenia rentowe.

Wskazany wyżej przeciętny miesięczny zarobek ustala się na podstawie sumy zarobków, przyjętych za podstawę wymiaru składek z całego okresu ubezpieczenia wszystkich osób, wymienionych w ustępie poprzednim oraz ogólnego czasu ubezpieczenia tych osób, licząc dla każdego ubezpieczonego tygodnie kalendarzowe od daty rozpoczęcia ubezpieczenia do dnia powstania inwalidztwa.

Wskutek tej metody obliczeń przerwy w ubezpieczeniu będą zaliczone do tygodni zwanych „ogólnym czasem ubezpieczenia" co wpływa na obniżenie przeciętnego zarobku.

Wysokość kwoty zasadniczej ogłaszać się będzie corocznie w „Monitorze Polskim".

Przy obecnym poziomie zarobków, można przypuszczać, kwota zasadnicza wynosiłaby od 10 — 16 zł. miesięcznie.

Kwotę indywidualną wymierza się na podstawie przeciętnego miesięcznego zarobku ubezpieczonego, ustalonego na podstawie jego zarobków, przyjętych za podstawę wymiaru składek, przypadających za wszystkie tygodnie składkowe, przebyte w ubezpieczeniu i licząc miesiąc za $4^1/_3$ tygodnia. Dla osób, które przebyły w ubezpieczeniu nie więcej, jak 416 tygodni składkowych (8 lat) kwota indywidualna wynosi 10% przeciętnego zarobku, po upływie 8 lat aż do 16 lat (832 tyg. skł.) ubezpieczenia wzrasta ona

o ½% na rok, w okresie od 17 do 24 roku ubezpieczenia wzrasta o 1% za każdy rok, od 25 — 36 roku ubezpieczenia — wzrasta o 1½% za każdy rok. Po 36 latach ubezpieczenia kwota indywidualna dochodzi do 40% przeciętnego zarobku ubezpieczonego i wtedy przestaje wzrastać.

Przy obliczaniu lat ubezpieczenia liczbę większą niż 26 tygodni liczy się za rok, a mniejszej nie uwzględnia się.

Zaznaczyć należy, iż przez lata przebyte w ubezpieczeniu należy rozumieć okresy, za które składki zostały opłacone lub wymierzone (patrz § 24). Jeżeli zatem ktoś ma przerwę w ubezpieczeniu, renta, którą ma otrzymać, nie wzrasta w tym czasie.

Szczegółowy obraz wysokości rent inwalidzkich dają załączone tablice.

Prawo do renty inwalidzkiej powstaje z dniem powstania inwalidztwa a dla osób, które nie osiągnęły 60 lub 65 lat życia, a pobierają zasiłki z Ubezpieczalni z dniem ustania prawa do tych zasiłków. Jeżeli nie można ustalić dnia powstania inwalidztwa, za dzień ten przyjmuje się datę zgłoszenia roszczenia o rentę.

4. Dodatek dla dzieci.

Otrzymującemu rentę inwalidzką przysługuje **dodatek na każde dziecko**, któreby miało prawo otrzymania po nim renty sierocej (patrz § 50). Dodatek ten wynosi 1/10 kwoty zasadniczej i kwoty indywidualnej jednak bez jej wzrostu.

§ 48. POMOC LECZNICZA DLA UBEZPIECZONEGO.

1. Leczenie obowiązkowe.

Ubezpieczony, który w ciągu ostatnich 10 lat przebył w ubezpieczeniu 200 tygodni składkowych, niezależnie od ewentualnego prawa do renty, ma prawo do dalszej pomocy leczniczej, jeżeli po wyczerpaniu 26-cio tygodniowego okresu zasiłkowego i leczenia w Ubezpieczalni jest nadal

TABLICA WYSOKOŚCI RENTY INWALIDZKIEJ

Poniżej podajemy przykładowo wysokość rent, jakie pobierać będą osoby, których przeciętny zarobek wynosi miesięcznie 50 zł. 100 zł., 150 zł. lub 200 zł.

Opierając się na obecnym poziomie zarobków, w tabeli niniejszej przyjęliśmy, że „kwota zasadnicza" (patrz § 47) obliczana będzie od zarobku w wysokości 100 zł. miesięcznie, a zatem wynosić będzie od 10 zł. do 16 zł. Do rent tych zostały doliczone t. zw. dopłaty (patrz § 52), które wynoszą, przy zarobku 50 zł. — 4 zł., przy zarobku 100 zł. — 2 zł. miesięcznie, przy zarobku 150 zł. — 1 zł. miesięcznie.

Po latach	Przy zarobku 50 zł. mies.	Przy zarobku 100 zł. mies.	Przy zarobku 150 zł. mies.	Przy zarobku 200 zł. mies.
4	19,00 — 25,00	22,00 — 28,00	26,00 — 32,00	30,00 — 36,00
5	„	„	„	„
6	„	„	„	„
7	„	„	„	„
8	„	„	„	„
9	19,25 — 25,25	22,50 — 28,50	26,75 — 32,75	31,00 — 37,00
10	19,50 — 25,50	23,00 — 29,00	27,50 — 33,50	32,00 — 38,00
11	19,75 — 25,75	23,50 — 29,50	28,25 — 34,25	33,00 — 39,00
12	20,00 — 26,00	24,00 — 30,00	29,00 — 35,00	34,00 — 40,00
13	20,25 — 26,25	24,50 — 30,50	29,75 — 35,75	35,00 — 41,00
14	20,50 — 26,50	25,00 — 31.00	30,50 — 36,50	36,00 — 42,00
15	20,75 — 26,75	25,50 — 31.50	31,25 — 37.25	37,00 — 43,00
16	21,00 — 27,00	26,00 — 32,00	32,00 — 38,00	38,00 — 44,00
17	21,50 — 27,50	27,00 — 33.00	33,50 — 39,50	40,00 — 46,00
18	22.00 — 28,00	28,00 — 34,00	35,00 — 41,00	42,00 — 48,00
19	22.50 — 28,50	29,00 — 35,00	36,50 — 42,50	44,00 — 50,00
20	23,00 — 29,00	30,00 — 36,00	38,00 — 44,00	46,00 — 52,00
21	23,50 — 29,50	31,00 — 37,00	39,50— 45,50	48,00 — 54,00
22	24,00 — 30,00	32,00 — 38,00	41,00 — 47,00	50,00 — 56,00
23	24,50 — 30,50	33,00 — 39,00	42,50 — 48,50	52,00 — 58,00
24	25,00 — 31,00	34,00 — 40,00	44,00 — 50,00	54,00 — 60,00
25	25,75 — 31,75	35,50 — 41,50	46,25 — 52,25	57,00 — 63,00
26	26,50 — 32,50	37,00 — 43,00	48,50 — 54,50	60,00 — 66,00
27	27,25 — 33,25	38,50 — 44,50	50,75 — 56,75	63,00 — 69,00
28	28,00 — 34,00	40,00 — 46,00	53,00 — 59,00	66,00 — 72,00
29	28,75 — 34,75	41,50 — 47,50	55,25 — 61,25	69,00 — 75,00
30	29,50 — 35,50	43,00 — 49,00	57,50 — 63,50	72,00 — 78,00
31	30,25 — 36,25	44,50 — 50,50	59,75 — 65,75	75,00 — 81,00
32	31,00 — 37,00	46,00 — 52,00	62,00 — 68,00	78,00 — 84,00
33	31,75 — 37,75	47,50 — 53,50	64,25 — 70,25	81,00 — 87,00
34	32,50 — 38,50	49,00 — 55,00	66,50 — 72,50	84,00 — 90,00
35	33,25 — 39,25	50,50 — 56,50	68,75 — 74,75	87,00 — 93,00
36	34,00 — 40,00	52,00 — 58,00	71,00 — 77,00	90,00 — 96,00

TABLICA

WZROSTU KWOTY INDYWIDUALNEJ

Poniżej podajemy przykładowo wzrost kwoty indywidualnej dla ubezpieczonych, których przeciętny zarobek z całego okresu ubezpieczenia wynosi: 50 zł., 100 zł., 150 zł. i 200 zł. miesięcznie.

Po latach	Przy zarobku 50 zł. miesięcz.	Przy zarobku 100 zł. miesięcz.	Przy zarobku 150 zł. miesięcz.	Przy zarobku 200 zł. miesięcz.
4	5,00	10,00	15,00	20,00
5	„	„	„	„
6	„	„	„	„
7	„	„	„	„
8	„	„	„	„
9	5,25	10,50	15,75	21,00
10	5,50	11,00	16,50	22,00
11	5,75	11,50	17,25	23,00
12	6,00	12,00	18,00	24,00
13	6,25	12.50	18,75	25,00
14	6,50	13,00	19,50	26,00
15	6,75	13,50	20,25	27,00
16	7,00	14.00	21,00	28,00
17	7,50	15.00	22,50	30,00
18	8,00	16 00	24,00	32,00
19	8,50	17.00	25,50	34,00
20	9,00	18.00	27,00	36,00
21	9,50	19.00	28,50	38,00
22	10,00	20,00	30,00	40,00
23	10,50	21,00	31,50	42,00
24	11,00	22,00	33 00	44,00
25	11,75	23,50	35,25	47,00
26	12,50	25,00	37,50	50,00
27	13,25	26,50	39,75	53,00
28	14,00	28,00	42,00	56,00
29	14,75	29,50	44,25	59,00
30	15,50	31,00	46,50	62.00
31	16,25	32,50	48,75	65,00
32	17,00	34,00	51,00	68,00
33	17,75	35,50	53,25	71,00
34	18,50	37,00	55,50	74 00
35	19,25	38,50	57,75	77,00
36	20,00	40,00	60,00	80,00

chory na tę samą chorobę. Pomocy leczniczej udziela Ubezpieczalnia na koszt Zakładu Ubezpieczenia Emerytalnego Robotników, przyczem świadczenia lecznicze są takie same, jakie przysługują z ubezpieczenia na wypadek choroby (art. 171).

2. Leczenie zapobiegawcze i restytucyjne.

Niezależnie od pomocy obowiązkowej Zakład może lecz nie jest obowiązany udzielać pomocy leczniczej celem zapobieżenia niezdolności do zarobkowania, grożącej ubezpieczonemu lub przywrócenia tej zdolności osobie pobierającej rentę lub zgłaszającej roszczenie o rentę (art. 173).

W tym celu może Zakład umieścić daną osobę z reguły na własny koszt w zakładzie leczniczym lub innem miejscu nadającem się do przeprowadzenia kuracji.

Przez czas pobytu chorego w zakładzie leczniczym może być wstrzymana renta w całości lub części.

Jeżeli jednak osoba, którą poddano leczeniu ma żonę i dzieci należy im przyznać zasiłek w wysokości renty do jakiej mieliby prawo w wypadku śmierci ubezpieczonego (art. 175).

§ 49. RENTA WDOWIA.

1. Kto ma prawo do renty wdowiej.

Renta wdowia poinwalidzka przysługuje wdowie po ubezpieczonym, który pobierał rentę lub posiadał „okres wyczekiwania" (patrz § 44), jednak wdowa otrzymuje tę rentę dopiero z chwilą ukończenia 60 roku życia, a wcześniej tylko wtedy, jeśli jest inwalidką t. j. utraciła więcej niż 2/3 zdolności do zarobkowania (patrz § 46 p. 2).

Pod warunkami przewidzianemi wyżej ma prawo do renty również wdowiec jeżeli był wyłącznie i całkowicie przez zmarłą utrzymywany (art. 159).

O uprawnieniach wdów po osobach zatrudnionych w górnictwie lub hutnictwie patrz § 51.

2. Wysokość renty wdowiej.

Renta wdowia wynosi połowę renty inwalidzkiej, jaką pobierał lub do jakiej miałby prawo zmarły małżonek (art. 160).

3. Co wyklucza prawo do renty wdowiej.

Wdowie nie przysługuje renta w przypadkach:

1) jeżeli małżeństwo nie trwało przynajmniej sześciu miesięcy, z wyjątkiem przypadku, gdy śmierć ubezpieczonego nastąpiła z przyczyn, które zaszły po zawarciu małżeństwa,

2) jeżeli w chwili śmierci małżonka małżeństwo było sądownie rozwiązane (rozwód) lub z winy wdowy sądownie rozdzielone (separacja).

3) jeżeli ubezpieczony zawarł związek małżeński po ukończeniu 55 roku życia,

4) jeżeli w chwili zawarcia małżeństwa małżonek otrzymywał już rentę inwalidzką (art. 189).

5) jeżeli zostanie stwierdzone prawomocnym wyrokiem karna-sądowym rozmyślne działanie lub współdziałanie wdowy w celu spowodowania śmierci małżonka.

4. Jednorazowa odprawa wdowia.

Przepisy o jednorazowej odprawie wdowiej omówione w § 37 stosują się również do wdowy otrzymującej rentę wdowią poinwalidzką.

§ 50. RENTY SIEROCE.

1. Kto ma prawo do renty sierocej.

Renty sieroce przysługują dzieciom po ojcu lub po matce jeżeli zmarły ojciec lub matka pobierał rentę lub posiadał „okres wyczekiwania". Renta ta przysługuje chłopcom do 17-ego a dziewczętom do ukończenia 18-ego roku życia (art. 161).

Do rent sierocych mają również prawo wnukowie, jeżeli przynajmniej na rok przed powstaniem prawa do renty inwalidzkiej lub śmierci osoby, która zmarła, nie pobierając renty, byli przez zmarłego utrzymywani.

Dzieci nieślubne, pasierbowie i pasierbice posiadają prawo do renty po inwalidzie na tych samych warunkach, na jakich przysługują im renty wypadkowe (patrz § 38).

Jeżeli przysługuje renta po ojcu i po matce przyznaje się tę rentę, która jest większa.

Sierota traci prawo do renty wrazie wstąpienia w związek małżeński.

Sierota nie ma prawa do renty, jeżeli stwierdzono prawomocnym wyrokiem karno-sądowym rozmyślne działanie lub współdziałanie dziecka w celu spowodowania śmierci ubezpieczonego, po którym miałoby prawo do renty (art. 190).

2. Wysokość renty sierocej.

Renta sieroca wynosi 1/5 renty, którą pobierał lub do której miałby prawo zmarły.

Jeżeli wdowa nie otrzymuje renty lub sieroty nie mają ojca ani matki, ogólną sumę rent sierocych podwyższa się o 15% renty, którą otrzymywał zmarły, lub do której miałby prawo (art. 162).

Suma rent poinwalidzkich wdowy (wdowca) i sierot lub suma rent sierot nie może przekraczać renty, którą otrzymywał zmarły lub do której miałby prawo. Jeżeli suma tych rent miałaby przewyższać powyższą granicę, należy każdą z tych rent stosunkowo obniżyć, z tem jednak zastrzeżeniem, że wrazie zmniejszenia się liczby uprawnionych należy obniżone renty odpowiednio podwyższyć.

§ 51. SPECJALNE UPRAWNIENIA GÓRNIKÓW I HUTNIKÓW.

Praca w górnictwie i hutnictwie jest znacznie cięższa i niebezpieczniejsza niż w innych rodzajach przemysłu. Dla-

tego też u nas podobnie jak zagranicą górnicy i hutnicy będą korzystać ze specjalnych uprawnień jednak za opłatą wyższej składki (patrz § 22).

Te specjalne uprawnienia dotyczą:

1) **renty inwalidzkiej** dla starców, a mianowicie: górnicy i hutnicy otrzymują rentę po ukończeniu 60 roku życia, jednak pod warunkiem, że przebyli w ubezpieczeniu ze składką przewidzianą dla górników i hutników nie mniej niż 750 tygodni składkowych (około 15 lat).

2) **oceny niezdolności do zarobkowania,** a mianowicie górnik i hutnik będzie uznany za inwalidę, jeżeli straci ponad 50% zdolności do zarobkowania, jednak tylko pod tym warunkiem, że przebył w ubezpieczeniu ze składką przewidzianą dla górników i hutników, conajmniej 600 tygodni składkowych (około 12 lat) z czego 50 tygodni w ciągu ostatnich 3 lat przed utratą zdolności do zarobkowania.

3) **uprawnień wdów,** a mianowicie wdowa po górniku lub hutniku zdolna do zarobkowania otrzyma rentę po ukończeniu 50 roku życia, jeśli zmarły jej mąż przebył w ubezpieczeniu ze składką przewidzianą dla górników i hutników czas nie krótszy od wskazanego w punkcie poprzednim.

W okresie przejściowym po wejściu w życie ustawy scaleniowej, by górnicy i hutnicy nie czekali klikunastu lat na realizację swych specjalnych uprawnień, przewidziane są ulgowe warunki, co do czasu przebytego w ubezpieczeniu ze składką przewidzianą dla górników i hutników (art. 307), a mianowicie:

1) osoby, które nie przebyły ze składką przewidzianą dla górników i hutników 750 tygodni składkowych, mogą uzyskać rentę w 60 roku życia, jeżeli posiadają ogólne warunki przyznania renty (patrz § 45), a zarazem przebyły w ubezpieczeniu ze składką w górnictwie i hutnictwie taką liczbę tygodni składkowych, która stanowi conajmniej $^2/_3$ tygodni kalendarzowych, pomiędzy dniem 1 stycznia 1934 roku, a dniem nabycia prawa do renty,

2) na okresy 600 tygodni, o których mowa w p. 2 i 3

ustępu poprzedniego, zalicza się czas pracy w górnictwie lub hutnictwie przed wejściem w życie ustawy scaleniowej, t. j. przed 1 stycznia 1934 r.

Zaznaczyć należy, iż dla wszystkich tych uprawnień nie jest wymagane, by praca w górnictwie odbywała się wyłącznie na dole, ustawa mówi bowiem ogólnie o osobach zatrudnionych w górnictwie lub hutnictwie; specjalne uprawnienia odnoszą się zatem zarówno do pracujących w podziemiach jak i na powierzchni.

§ 52. DOPŁATY DO RENT.

Osoby, pobierające renty inwalidzkie, renty wdowie i sieroce poinwalidzkie, otrzymują następujące roczne dopłaty do rent:

Przy przeciętnym tygodniowym zarobku ubezpieczonego, obliczonym na podstawie pełnego okresu ubezpieczenia	Dopłaty roczne wynoszą dla rent		
	inwalidzkich	wdowich	sierocych
do 12 zł	48 zł	39 zł	36 zł
od 12 zł do 17 zł	36 zł	30 zł	24 zł
od 17 zł do 24 zł	24 zł	24 zł	12 zł
od 24 zł do 36 zł	12 zł	12 zł	9 zł

§ 53. JEDNORAZOWA ZAPOMOGA POŚMIERTNA.

Rodzinie pozostałej po zmarłym ubezpieczonym lub renciście, należy się jednorazowa zapomoga pośmiertna w wysokości miesięcznego zarobku, na podstawie którego zmarły był ostatnio ubezpieczony z tym jednak zastrzeżeniem, że kwota ta nie może być mniejsza od 75 zł. Zapomoga ta przysługuje małżonkowi, a gdy niema małżonka, dzieciom, gdy również niema dzieci — dalszej rodzinie.

Jeżeli po ubezpieczonym należy się zapomoga pośmiertna z ubezpieczenia od wypadków, to nie wypłaca się zapomogi z ubezpieczenia emerytalnego.

Okres wyczekiwania dla przyznania zapomogi pośmiertnej nie jest potrzebny. **Zapomoga pośmiertna** przysługuje, jeżeli zmarły przebył w ubezpieczeniu emerytalnem chociażby jeden dzień składkowy.

Zapomoga pośmiertna należy się zatem po tych wszystkich robotnikach, którzy będąc ubezpieczeni, zmarli po 1 stycznia 1934 roku.

Zaznaczyć należy, iż za ubezpieczonego, po którym należy się zapomoga pośmiertna, uważać należy nietylko tego, który zmarł w czasie trwającego ubezpieczenia, lecz także takiego robotnika, który był ubezpieczony, umarł po ustaniu ubezpieczenia, jeżeli w czasie od ustania ubezpieczenia do chwili śmierci:

1) bądź pozostawał bez zatrudnienia z powodu niemożności znalezienia odpowiedniego zajęcia, udowodnionej zaświadczeniami urzędu pośrednictwa pracy,

2) bądź korzystał z zasiłku z Ubezpieczalni Społecznej,

3) bądź pobierał rentę wypadkową w wysokości nie mniejszej niż 40% renty pełnej,

4) bądź odbywał obowiązkową służbę wojskową.

§ 54. KTO PRZYZNAJE ŚWIADCZENIA EMERYTALNE I GDZIE NALEŻY ZGŁASZAĆ ROSZCZENIA.

Świadczenia emerytalne przyznaje Zakład Ubezpieczenia Emerytalnego Robotników lub jego Oddział.

Podania o te świadczenia należy zgłaszać piśmiennie lub ustnie do najbliższej Ubezpieczalni lub jej Oddziału. Ubezpieczalnia przeprowadza niezbędne dochodzenia i stawia wniosek o przyznanie świadczeń.

Jednorazową zapomogę pośmiertną wypłaca zaliczkowo Ubezpieczalnia Społeczna.

Zgłaszający roszczenie o jednorazową zapomogę pośmiertną winien przedstawić:

1) świadectwo śmierci ubezpieczonego,

2) dokumenty stwierdzające pokrewieństwo (metryki).

Jeżeli domagający się zapomogi pośmiertnej był zgłoszony do ubezpieczenia, jako członek rodziny uprawniony do świadczeń z ubezpieczenia na wypadek choroby, wówczas zgłaszanie dokumentów, stwierdzających pokrewieństwo nie jest potrzebne.

Nie podajemy dokumentów, jakie należy przedstawić przy zgłoszeniu roszczenia o rentę inwalidzką, renty wdowie i sieroce **z ustawy scaleniowej,** ponieważ nie zostały jeszcze ogłoszone właściwe regulaminy. Zresztą sprawa tych zgłoszeń ze względu na okres wyczekiwania, szczególnie na obszarze b. zab. rosyjskiego i austryjackiego, będzie aktualna nie wcześniej, jak po upływie czterech lat od wejścia w życie ustawy.

§ 55. PRAWA OSÓB UBEZPIECZONYCH PRZED 1 STYCZNIA 1934 R.

Osoby ubezpieczone na podstawie dotychczasowych dzielnicowych ustaw o ubezpieczeniu emerytalnem robotników (IV Księga Ordynacji Ubezpieczeniowej Rzeszy oraz ustawa z 28 lipca 1889 r. o bractwach górniczych w brzmieniu ustalonem rozp. Prez. Rzplitej z 22 marca 1928 r. (Dz. U. R. P. Nr. 36 poz. 339) czy to w Upieczalni Krajowej w Poznaniu, czy też w Bractwach Górniczych w Małopolsce, będą ubezpieczone w Zakładzie Emerytalnym Robotnikom na warunkach ogólnych. Tygodni składkowych przebytych w danych ubezpieczeniach nie zalicza się tym osobom do ubezpieczenia na podstawie nowej ustawy.

Do czasu nabycia „okresu wyczekiwania" (patrz § 45) w nowem ubezpieczeniu — osoby ubezpieczone przed 1 stycznia 1934 r. zachowują prawo do świadczeń według dawnych ustaw.

Po nabyciu okresu wyczekiwania według nowej ustawy, osoby, o których mowa, uzyskają prawo do świadczeń z nowej ustawy. Jeżeli jednak osoby te miały przebyty okres wyczekiwania według dawnych przepisów, to zachowują również prawo do tych świadczeń z dawnych ustaw, któ-

rych nowa ustawa nie zna, lub dla uzyskania których przewiduje warunki ostrzejsze. Przepis ten ma szczególne znaczenie dla górników w Małopolsce, którzy otrzymywali wprawdzie renty niewielkie, lecz na warunkach dogodnych, np. górnik, mający 40 lat życia i w 40% niezdolny do wykonywania pracy górniczej, w myśl dotychczasowych ustaw otrzymywał rentę. Jeśli więc taki górnik posiadał przed 1 stycznia 1934 r. okres wyczekiwania w Bractwach Górniczych (60 miesięcy ubezpieczenia), to otrzyma rentę górniczą z dawnej ustawy chociażby ta 40%-wa niezdolność nastąpiła u niego po 10 latach ubezpieczenia według nowej ustawy. Natomiast prawo do świadczeń emerytalnych z nowej ustawy otrzyma dopiero z chwilą utraty 50% zdolności do zarobkowania lub ukończenia 60 roku życia.

Jeśli ubezpieczonemu przyznaje się świadczenie według dawnej ustawy, a był on ubezpieczony również według ustawy nowej, to tygodnie składkowe przebyte w nowem ubezpieczeniu zalicza się według tej klasy, w której opłacona była w dawnem obowiązkowem ubezpieczeniu ostatnia składka.

Jeśli ubezpieczonemu, posiadającemu okres wyczekiwania, przyznaje się rentę według nowej ustawy, a był on ubezpieczony przed 1 stycznia 1934 r., to należy sprawdzić czy gdyby był on nadal ubezpieczony według starej ustawy nie otrzymałby on świadczeń wyższych. Gdyby się okazało, że renta według nowej ustawy była mniejsza od renty, jaką należałoby wypłacić według ustawy dawnej, natenczas rentę należy podnieść do tej wysokości. Takie porównania należy przeprowadzać przy każdej zmianie rent, przyczem rentę wraz z dodatkami uważa się za jedno świadczenie.

Przy ustalaniu uprawnień i wymiarze świadczeń według dawnych ustaw — należy stosować przepisy dawnych ustaw, z tem jednak zastrzeżeniem, że uprawnienia do świadczeń utrzymane przed 1 stycznia 1934 r. lub uzyskane po tym terminie nie mogą być utracone z tych przyczyn,

które nie powodują utraty uprawnień, w myśl nowej ustawy. Najczęstszym wypadkiem, który wywoła stosowanie powyższego przepisu może być bezrobocie, które w myśl dawnych ustaw powodowało utratę uprawnień, a w myśl ustawy nowej nie narusza nabytych uprawnień (patrz § 45).

Ubezpieczeni w województwach poznańskim i pomorskim, mogą dla utrzymania swoich uprawnień opłacać składki przez nalepianie znaczków, używanych przed wejściem w życie ustawy scaleniowej, lecz tylko za czas do 1 stycznia 1934 r.

Minister Opieki Społecznej może w drodze rozporządzeń ustalić dla osób, o których mowa w zdaniu poprzednim, specjalne warunki dobrowolnego ubezpieczenia i dobrowolnego kontynuowania ubezpieczenia za czas po 1 stycznia 1934 r.

Członkowie rodziny osób ubezpieczonych przed 1 stycznia 1934 r. otrzymają świadczenia na podstawie przepisów prawnych właściwych dla przyznania świadczeń ubezpieczonemu. Od tej zasady istnieje jedno tylko odstępstwo na korzyść wdów, a mianowicie wdowa, której mąż pobierał lub miałby prawo do renty na zasadzie ordynacji ubezpieczeniowej, będzie miała prawo do renty inwalidzkiej po ukończeniu 60 roku życia, chociażby nie była inwalidą w rozumieniu ordynacji ubezpieczeniowej.

Osoby, którym zostały przyznane lub wypłacone na zasadzie ustaw dotychczasowych świadczenia emerytalne przez Ubezpieczalnię w Poznaniu lub Bractwa Górnicze, będą pobierały nadal te świadczenia w dotychczasowych wymiarach z Zakładu Ubezpieczenia Emerytalnego Robotników lub jego oddziałów.

Pobierane z Ubezpieczalni Krajowej w Poznaniu renty inwalidzkie i starcze mniejsze niż 20 zł. miesięcznie, renty wdowie mniejsze niż 10 zł. miesięcznie i renty sieroce mniejsze niż 4 zł. miesięcznie, mogą być podwyższone do wysokości tych kwot w drodze rozporządzenia wydanego przez Ministra Opieki Społecznej.

§ 56. ZGŁASZANIE ROSZCZEŃ PRZEZ OSOBY WYMIENIONE W § 55.

Osobom wymienionym w § 55 świadczenia emerytalne przyznaje Zakład Ubezpieczenia Emerytalnego Robotników lub jego oddział (Biuro). Dla górników w Małopolsce Biuro to mieści się w Krakowie, w domu dawnego Bractwa Górniczego, dla ubezpieczonych w woj. poznańskiem i pomorskiem, Biuro mieści się w Ubezpieczalni Krajowej w Poznaniu.

Ubezpieczeni z terytorjum woj. poznańskiego i pomorskiego, którzy zgłosili swoje roszczenia przez Urzędy Ubezpieczeń, winni nadal sprawy swoje załatwiać przez te urzędy; natomiast ci, którzy będą się obecnie domagać świadczeń, winni zgłosić roszczenia do najbliższej **Ubezpieczalni Społecznej** (dawna **Kasa Chorych**) lub jej oddziałów.

Zgłoszenia o roszczenia można dokonać ustnie lub piśmiennie.

Domagający się **renty inwalidzkiej** powinien przedstawić:

1) ostatnią kartę kwitową, dotyczącą ubezpieczenia na podstawie ordynacji ubezpieczeniowej,

2) poświadczenia dawnych kart kwitowych,

3) zaświadczenie służby wojskowej (książeczka wojskowa), jeżeli służba wojskowa nie jest poświadczona na kartach kwitowych.

4) legitymację ubezpieczeniową, dotyczącą ubezpieczenia na zasadzie nowej ustawy.

Domagający się renty starczej winien przedstawić te dokumenty, o których mowa wyżej oraz nadto metrykę urodzenia.

Jeżeli domagający się renty inwalidzkiej lub starczej utraci w myśl przepisów dawnej ustawy, prawo do świadczeń po wejściu w życie nowej ustawy, to powinien przedstawić zaświadczenie Państwowych Urzędów Pośrednictwa Pracy (Fundusz Bezrobocia), stwierdzające

okresy pozostawania bez zatrudnienia w czasie po dniu 1 stycznia 1934 r.

Jeżeli domagający się renty inwalidzkiej lub starczej ma prawo do dodatków na dzieci, natenczas winien przedstawić metryki urodzenia dzieci, jeżeli zaś zgłaszający roszczenia ma wnuki, na które domaga się dodatków, winien nadto przedstawić zaświadczenie władzy administracyjnej, stwierdzające, że wnukowie pozostają na utrzymaniu zgłaszającego roszczenia, z podaniem od jakiego czasu, oraz akty zejścia rodziców.

Wrazie **zgłoszenia roszczenia o rentę wdowią** należy przedstawić:

1) metrykę urodzenia wdowy,
2) akt ślubu,
3) akt zejścia zmarłego męża,
4) zaświadczenie władzy administracyjnej, gminnej lub parafji o istnieniu wspólności małżeńskiej do chwili śmierci męża, a wrazie nieistnienia tej wspólności — zaświadczenie urzędu stanu cywilnego, stwierdzające, że małżeństwo nie zostało rozwiązane ani rozdzielone, wrazie zaś rozdziału małżeństwa — wyrok sądowy, stwierdzający, że rozdział nie nastąpił z winy wdowy.

Jeżeli zmarły ubezpieczony nie pobierał renty inwalidzkiej i nie zgłosił roszczenia o tę rentę, wówczas powinny być dołączone dokumenty, o których mowa wyżej, potrzebne dla uzyskania renty inwalidzkiej.

Do roszczenia o rentę sierocą należy dołączyć:

1) metrykę urodzenia sieroty,
2) akt zejścia zmarłego,

oraz jeżeli zmarły nie pobierał renty inwalidzkiej lub starczej wszystkie dokumenty, które należy przedstawić dla uzyskania renty inwalidzkiej.

Jeżeli zmarły pobierał rentę wraz z dodatkami na dzieci przedstawianie metryk sierot jest niepotrzebne.

Jeżeli roszczenie o zapomogę pośmiertną, należną na podstawie ustawy o ubezpieczeniu społecznem, jest zgłoszone równocześnie z roszczeniem o rentę dla członków

rodziny, to poza dokumentami dołączonemi do roszczenia o rentę nie trzeba przedstawiać innych dokumentów.

Jeżeli zaś zgłoszone jest roszczenie tylko o zapomogę pośmiertną, to do zgłoszenia należy dołączyć:

1) akt zejścia zmarłego ubezpieczonego,

2) dokumenty stanu cywilnego, stwierdzające stosunek pokrewieństwa zgłaszającego do zmarłego (metryki urodzenia).

Jeżeli zgłaszający roszczenie o zapomogę pośmiertną jest zarejestrowany w Ubezpieczalni, jako członek rodziny zmarłego, uprawniony do świadczeń na wypadek choroby, wówczas przedstawianie dokumentów, stwierdzających stopień pokrewieństwa nie jest potrzebne.

ROZDZIAŁ VIII.

Specjalne zaopatrzenie dla starców i ich rodzin.

Jak już wspomnieliśmy, dla uzyskania świadczeń emerytalnych, z wyjątkiem jednorazowej zapomogi pośmiertnej, konieczne jest by robotnik przebył w ubezpieczeniu conajmniej 200 tygodni składkowych.

Normalnie zatem renty z ubezpieczenia emerytalnego będą wypłacane dopiero za 4 lata. By w tym czasie zapewnić wysłużonym robotnikom natychmiastową pomoc, ustawa przewiduje specjalne zaopatrzenia dla osób, które pracowały na ziemiach byłego zaboru rosyjskiego i austrjackiego, gdzie ubezpieczenia emerytalnego nie było.

§ 57. ZAOPATRZENIE INWALIDZKIE DLA OSÓB, KTÓRE PRZED 1 STYCZNIA 1934 R. UKOŃCZYŁY 65 ROK ŻYCIA.

Osoby, które przed 1 stycznia 1934 r. skończyły 65 lat życia, **nie będą podlegały obowiązkowi ubezpieczenia.**

Natomiast **mają one prawo do zaopatrzenia emerytalnego w wysokości** 20 zł. miesięcznie, jeżeli:

1) posiadają obywatelstwo polskie,

2) nie mają niezbędnych środków utrzymania,

3) pracowały conajmniej 4 lata, jako robotnicy w okresie od 1 stycznia 1920 roku do 31 grudnia 1933 r.

Podanie o zaopatrzenie inwalidzkie należy zgłaszać do najbliższej Ubezpieczalni Społecznej (dawna Kasa Chorych) lub jej oddziału. Do podania należy dołączyć:

1) metrykę urodzenia,

2) dowód osobisty, jeśli jest w nim zaznaczone obywatelstwo, lub też poświadczenie obywatelstwa polskiego. (Poświadczenia te wydają starostwa).

3) zaświadczenie pracodawców o czteroletniej pracy w charakterze robotnika w okresie od 1 stycznia 1920 r. do 31 grudnia 1933 r.; dowodem tej pracy mogą być również robotnicze książeczki obrachunkowe, stara legitymacja Kasy Chorych, a w ostateczności zeznania wiarogodnych osób,

4) zaświadczenie starostwa, zarządu miasta lub zarządu gminy o braku niezbędnych środków utrzymania.

Zaznaczyć należy, iż pozostawanie na łaskawym chlebie u dzieci lub dalszej rodziny oraz korzystanie z opieki społecznej lub dobroczynności, nie może być uważane za posiadanie niezbędnych środków utrzymania.

Jeżeli zainteresowany spotka się z większemi trudnościami przy uzyskaniu wymienionych wyżej dokumentów, winien zwrócić się do Ubezpieczalni Społecznej, która obowiązana jest udzielić mu wskazówek i pomocy.

§ 58. ZAOPATRZENIE WDOWIE I SIEROCE PO OSOBACH WYMIENIONYCH W § 57.

Wrazie śmierci osoby, otrzymującej zaopatrzenie inwalidzkie, przysługuje zaopatrzenie po niej nie posiadającym środków utrzymania:

1) **wdowie** — z chwilą ukończenia 60 roku życia lub wcześniej, jeśli jest inwalidką (patrz § 47).

2) **sierotom** — chłopcom po ukończeniu 17, a dziewczętom do ukończenia 18 roku życia.

Zaopatrzenie wdowie wynosi — 10 zł. miesięcznie, zaopatrzenie sieroce — 4 zł. miesięcznie dla każdej sieroty.

Jeżeli wdowa nie pobiera zaopatrzenia lub nie żyje, łączną sumę zaopatrzeń sierocych podwyższa się o 3 zł.

Podanie o zaopatrzenie wdowie i sieroce należy zgłaszać do najbliższej Ubezpieczalni lub jej oddziału, a do podania należy dołączyć:

1) akt śmierci osoby, pobierającej zaopatrzenie inwalidzkie,

2) dowód pobierania zaopatrzenia przez zmarłego,

3) metryki urodzenia osób, które domagają się zaopatrzenia,

4) zaświadczenie właściwej władzy o nieposiadaniu środków utrzymania.

Jeżeli zaopatrzenia domaga się wdowa, winna nadto dołączyć: a) akt ślubu, b) wyciąg z ksiąg meldunkowych, iż do dnia śmierci zamieszkiwała razem z mężem, a wrazie oddzielnego zamieszkania, zaświadczenie władzy administracyjnej, gminnej lub parafji o istnieniu wspólności małżeńskiej aż do czasu śmierci męża.

Wyjaśnienia w sprawie sposobu uzyskania dokumentów, pomocy Ubezpieczalni i t. p. podane w poprzednim paragrafie, odnoszą się również do zaopatrzenia wdów i sierot.

§ 59. ZAOPATRZENIE OSÓB, KTÓRE PRZED 1 STYCZNIA 1934 R. UKOŃCZYŁY 60 ROK ŻYCIA, LECZ W DNIU TYM NIE PRZEKROCZYŁY 65 ROKU ŻYCIA.

Osoby te będą podlegały ubezpieczeniu emerytalnemu. Jeżeli będą one posiadały normalny okres wyczekiwania, to znaczy, przebędą w ubezpieczeniu 200 tygodni składkowych, otrzymają normalne świadczenia emerytalne. Podobnie rodzina pozostała po nich otrzyma normalne świadczenia.

Ponieważ jednak wielu takich ubezpieczonych może stać się inwalidami przed przebyciem 200 tygodni składkowych, ustawa przewiduje dla nich zaopatrzenie inwalidzkie takie same i na tych samych warunkach, co zaopatrze-

nie dla osób, które przed 1 stycznia 1934 r. ukończyły 65 lat życia (patrz § 57).

Warunki te:

1) obywatelstwo polskie,

2) brak środków utrzymania,

3) conajmniej 4-letnia praca w charakterze robotnika w czasie od 1 stycznia 1920 r. do 31 grudnia 1933 r.

Zaopatrzenia te przysługują robotnikom:

1) z chwilą ukończenia 65 roku życia, bez względu na zdolność robotnika do zarobkowania oraz bez względu na to, czy był i jak długo ubezpieczony.

2) oraz przed ukończeniem 65 roku życia z chwilą, gdy robotnik stanie się inwalidą, t. j. utraci ponad $^2/_3$ niezdolności do zarobkowania, pod warunkiem jednak, że przebył w ubezpieczeniu nie mniej niż 26 tygodni.

Wyjaśniamy to na przykładach:

Pierwszy przykład. Robotnik w dniu 1 stycznia 1934 roku miał 61 lat, był ubezpieczony 27 tygodni, poczem stał się inwalidą. Robotnik ten otrzyma z dniem powstania inwalidztwa zaopatrzenie starcze.

Drugi przykład. Robotnik w dniu 1 stycznia 1934 r. ma 61 lat, był ubezpieczony tylko 20 tygodni, i stał się inwalidą w 64 roku życia — otrzyma on zaopatrzenie starcze dopiero po ukończeniu 65 roku życia.

Trzeci przykład. Robotnik w dniu 1 stycznia 1934 roku ma 62 lata, nie został objęty ubezpieczeniem, gdyż był bezrobotny — w 65 roku życia otrzyma zaopatrzenie.

Podania o zaopatrzenia inwalidzkie należy zgłaszać do najbliższej Ubezpieczalni lub jej oddziału, dołączając te wszystkie dokumenty, o których mowa w § 57, a ponadto legitymację ubezpieczeniową.

§ 60. ZAOPATRZENIE WDOWIE I SIEROCE PO OSOBACH WYMIENIONYCH W § 59.

Wrazie śmierci robotnika, otrzymującego zaopatrzenie inwalidzkie, pozostałej po nim wdowie i sierotom przy-

sługują te wszystkie uprawnienia, które szczegółowo omówiliśmy w § 58.

Ponadto wdowie i sierotom przysługuje zaopatrzenie również i po takim ubezpieczonym, który nie pobrał zaopatrzenia emerytalnego, lecz zmarł po przebyciu w ubezpieczeniu 26 tygodni składkowych.

Rzecz oczywista, mówimy tu o tych ubezpieczonych, którzy przed 1 stycznia 1934 roku mieli już 60 lat życia, a nie przekroczyli w tym dniu 65 roku życia.

W jaki sposób zwracać się po zaopatrzenie wdowie i sieroce omówiliśmy w § 58, dodatkowo wyjaśniamy, że jeżeli zmarły nie pobierał zaopatrzenia, to do podania należy dołączyć te wszystkie dokumenty, które potrzebne są dla uzyskania zaopatrzenia inwalidzkiego, a które wymienione są w § 57 i 59.

§ 61. ZWROT SKŁADEK.

Może się zdarzyć, że ubezpieczony, który w dniu 1 stycznia 1934 roku miał ukończony 60 rok życia, i następnie stał się inwalidą lub ukończył 65 rok życia, nie uzyskał zaopatrzenia, ponieważ:

a) nie był obywatelem polskim, lub

b) posiadał środki utrzymania, lub wreszcie

c) nie był zatrudniony od 1 stycznia 1920 r. do 31 grudnia 1933 roku 4 lata jako robotnik.

Taki robotnik, o ile nie jest nadal ubezpieczony, ma prawo do zwrotu składek wpłaconych za niego na ubezpieczenie emerytalne.

Osoby, które podjęły składki, tracą prawo zarówno do świadczeń, jak i dalszego ubezpieczenia.

Jeżeli robotnik, nie korzystający ze świadczeń, umrze nie podjąwszy składek, zwrot składek należy się prawnym spadkobiercom, t. j. rodzinie.

§ 62. ODWOŁANIA.

O przyznaniu lub odmowie zaopatrzenia Ubezpieczalnia zawiadamia zainteresowanego specjalnem orzeczeniem.

Orzeczenie to zawiera uzasadnienie decyzji, a wrazie przyznania zaopatrzenia również obliczenie jego wysokości. Jeżeli zainteresowany czuje się pokrzywdzony decyzją Ubezpieczalni, może wnieść odwołanie. Każde orzeczenie zawiadamia, gdzie i w jakim terminie należy zgłosić odwołanie.

ROZDZIAŁ IX.

Odwołania i rozstrzyganie sporów.

Wszelkie spory wynikłe z powodu ubezpieczenia i z kwestją ubezpieczenia związane, między pracodawcami, ubezpieczonymi lub uprawnionymi do świadczeń z jednej strony, a instytucjami ubezpieczeń społecznych z drugiej strony, będą rozpatrywane i rozstrzygane przez specjalne organa orzecznicze, które określi osobna ustawa (art. 268, 309).

Do czasu utworzenia tych specjalnych organów orzeczniczych, spory te będą rozstrzygane przez dotychczasowe organa orzekające. Instancje i tryb postępowania przed temi organami podajemy niżej.

Odwołanie może być wniesione dopiero po otrzymaniu formalnego orzeczenia, które wskazuje i termin i instancję odwoławczą.

§ 63. SPORY W UBEZPIECZENIU NA WYPADEK CHOROBY.

1. **Na obszarze b. zab. rosyjskiego** spory dotyczące obowiązku ubezpieczenia i wymiaru składek rozstrzygają **sądy powszechne**, według ogólnej właściwości, przyczem skargę (pozew) wnieść należy do właściwego sądu w terminie dni 14 od daty doręczenia orzeczenia.

Spory dotyczące świadczeń są rozstrzygane przez Komisje Rozjemcze, przy poszczególnych Ubezpieczalniach (patrz § 67)). Termin dla wniesienia odwołania wynosi dni 30 od dnia doręczenia orzeczenia. Po utworzeniu spe-

cjalnych organów orzeczniczych, będzie przysługiwało odwołanie od orzeczeń Komisji Rozjemczych do tych organów, a narazie orzeczenia Komisyj Rozjemczych są ostateczne.

2. **Na obszarze b. zab. austrjackiego** spory dotyczące obowiązku ubezpieczenia i wymiaru składek, rozstrzygają w pierwszej instancji Starostwa i w drugiej instancji Urzędy Wojewódzkie. Termin dla wniesienia odwołania wynosi 14 dni od daty doręczenia orzeczenia.

Spory dotyczące świadczeń są rozstrzygane przez Komisje Rozjemcze w ten sam sposób, jak w b. zab. ros. (patrz wyżej p 1).

3. **Na obszarze woj. poznańskiego i pomorskiego** spory, dotyczące obowiązku ubezpieczenia i wymiaru składek, rozstrzygają powiatowe Urzędy Ubezpieczeń w pierwszej instancji i Wyższe Urzędy Ubezpieczeń w drugiej instancji. Termin dla wniesienia odwołania wynosi 14 dni od daty doręczenia orzeczenia.

Spory, dotyczące świadczeń, są rozstrzygane przez Komisje Rozjemcze w ten sam sposób, jak w b. zab. ros. (patrz wyżej p. 1).

§ 64. SPORY W UBEZPIECZENIU OD WYPADKÓW.

1. **Na obszarze b. zab. ros. i austr.,** spory, dotyczące obowiązku ubezpieczenia, wymiaru składek i zaliczenia do kategorji niebezpieczeństwa rozstrzygają urzędy wojewódzkie w pierwszej instancji i Min. Opieki Społ. w drugiej instancji. Termin do wniesienia odwołania wynosi 14 dni od daty doreczenia orzeczenia.

Spory, dotyczące świadczeń, są rozstrzygane przez Sądy Rozjemcze, orzekające dotychczas w sporach o świadczenia z Zakładu Ubezp. od Wypadków. Termin do wniesienia skargi wynosi 1 rok od daty doręczenia orzeczenia. Wyroki tych Sądów są ostateczne i nie podlegają zaskarżeniu Siedziby tych Sądów znajdują się: we Lwowie, Warszawie, Łodzi i Krakowie.

2. **Na obszarze b. zab. pruskiego** zarówno spory dotyczące obowiązku ubezpieczenia, wymiaru składek i zaliczenia do kategorji niebezpieczeństwa, jak i spory dotyczące świadczeń rozstrzygają Wyższe Urzędy Ubezpieczeń w pierwszej instancji i Trybunał dla spraw Ubezpieczeń Społecznych w Poznaniu, wzgl. Wojewódzki Urząd Ubezpieczeń w Katowicach w drugiej i ostatniej instancji. Termin dla wniesienia skargi wynosi 1 miesiąc od doręczenia orzeczenia.

§ 65. SPORY W ROBOTNICZEM UBEZPIECZENIU EMERYTALNEM.

1. **Na obszarze b. zab. ros. i austr.** spory, dotyczące świadczeń emerytalnych i t. zw. zaopatrzeń inwalidzkich (patrz § 57), są rozstrzygane przez Sądy Rozjemcze, orzekające dotychczas w sporach o świadczenia z Zakładu Ubezp. od Wypadków.

Jakie organa będą rozstrzygały spory dotyczące obowiązku ubezpieczenia i wymiaru składek ustawa nie wskakuje i zawiera w tej kwestji wyraźną lukę.

2. **Na obszarze b. zab. pruskiego** zarówno spory, dotyczące obowiązku ubezpieczenia, wymiaru składek, jak i spory, dotyczące świadczeń, rozstrzygają Wyższe Urzędy Ubezpieczeń w pierwszej instancji i Trybunał dla spraw Ubezpieczeń Społecznych w Poznaniu, względnie Wojewódzki Urząd Ubezpieczeń w Katowicach w drugiej i ostatniej instancji.

§ 66. SPORY W UBEZPIECZENIU PRAC. UMYSŁOWYCH (EMERYT. I NA WYPADEK BRAKU PRACY) — Z. U. P. U.

1. **Na obszarze b. zab. ros.** zarówno spory dotyczące obowiązku ubezpieczenia, wymiaru składek jak i spory dotyczące świadczeń, są rozstrzygane przez Urzędy Wojewódzkie w pierwszej instancji i Min. Opieki Społ. w drugiej instancji.

2. **Na obszarze b. zab. austr.** spory o świadczenia i zwrot składek, rozstrzyga Sąd Polubowny dla ubezpie-

czenia pensyjnego we Lwowie. Wszystkie inne spory są rozstrzygane w tym samym trybie, jak i na obszarze b. zab. ros. (patrz wyżej p. 1).

3. **Na obszarze b. zab. pruskiego** zarówno spory dotyczące obowiązku ubezpieczenia, wymiaru składek jak i spory dotyczące świadczeń, są rozstrzygane przez Wyższe Urzędy Ubezpieczeń w pierwszej instancji i Trybunał dla spraw Ubezp. Społ. w Poznaniu, wzgl. Wojewódzki Urząd Ubezp. w Katowicach w drugiej i ostatniej instancji.

U w a g a: Termin dla wniesienia odwołania dla wszystkich dzielnic Polski jest jednakowy i wynosi: dla wniesienia odwołań od orzeczeń, dotyczących świadczeń emerytalnych 6 miesięcy, a od wszelkich innych 1 miesiąc, od daty doręczenia odnośnego orzeczenia.

Od orzeczeń w sprawach: 1) świadczeń z powodu braku pracy, 2) wysokości, początku i końca świadczeń emerytalnych, 3) zwrotu składek i kapitalizacj rent, 4) wysokości składek, 5) należności dodatkowych (procenty, koszty upomnień), przysługuje odwołanie tylko do pierwszej instancji.

ROZDZIAŁ X.

Organizacja instytucyj Ubezpieczeń Społecznych.

Ustawa z dn. 28.III. 1933 roku określa organizację instytucyj powołanych do wykonywania zarówno ubezpieczenia uregulowanego tą ustawą, jak i ubezp. pracowników umysłowych, uregulowanego rozp. Prezydenta z dn. 24.XI. 1927 roku.

Instytucjami, powołanemi do wykonywania tych wszystkich ubezpieczeń są:

1) Ubezpieczalnie Społeczne,
2) Zakład Ubezpieczenia na Wypadek Choroby,
3) Zakład Ubezpieczenia od Wypadków,
4) Zakład Ubezpieczenia Emerytalnego Robotników,

5) Zakład Ubezpieczeń Pracowników Umysłowych.

Ubezpieczalnie Społeczne i Zakłady są członkami Izby Ubezpieczeń Społecznych (art. 17). Każda z tych instytucji jest osobą prawa publicznego i posiada własną osobowość prawną (art. 18).

§ 67. UBEZPIECZALNIE SPOŁECZNE.

Ubezpieczalnia Społeczna jest podstawową komórką w organizacji Ubezpieczeń Społecznych. Ubezpieczalnia Społeczna obejmuje jeden lub kilka powiatów. Liczba członków Ubezpieczalni nie może być mniejsza niż 10 tysięcy, jedynie na obszarze województwa wileńskiego, nowogródzkiego, poleskiego, wołyńskiego, białostockiego, stanisławowskiego i tarnopolskiego, gdzie niewielka liczba ubezpieczonych, jest rozsiana na wielkich przestrzeniach, mogą istnieć Ubezpieczalnie o mniejszej liczbie ubezpieczonych. Minimum członków Ubezpieczalni na tych obszarach wynosi 5 tysięcy. Ubezpieczalnie Społeczne przejmą majątek i zobowiązania Kas Chorych. Ilość i Okręgi Ubezpieczalni Społecznych określił Minister Opieki Społecznej, rozporządzeniem z dn. 30 grudnia 1933 roku (Dz. U. R. P. nr. 103, poz. 819). Na obszarze Rzeczypospolitej działa obecnie 67 Ubezpieczalni.

1. Zakres działania Ubezpieczalni Społecznej.

Do zakresu działania Ubezpieczalni m. in. należy (art. 23):

1) ustalanie obowiązku ubezp. i wydawanie orzeczeń dotyczących obowiązku ubezpieczenia we wszystkich rodzajach ubezpieczeń (w ub. chorob., w ub. emeryt. rob. w ub. od wypadków, w ub. prac. umysł.),

2) prowadzenie wykazów ubezpieczonych dla wszystkich rodzajów ubezpieczeń,

3) ustalanie uprawnień do kontynuowania poszczególnych rodzajów ubezpieczeń,

4) wymierzanie, pobieranie i kontrola uiszczania składek we wszystkich rodzajach ubezpieczeń,

5) **przyznawanie** i udzielanie świadczeń tylko z ubezp. na wypadek choroby,

6) przyjmowanie roszczeń o świadczenia: a) emerytalne robotników, b) wypadkowe i c) pracowników umysłowych (bezrobocia i emerytalne) oraz przeprowadzanie czynności przygotowawczych dla udzielenia tych świadczeń, oraz udzielanie tych świadczeń na zlecenie odpowiednich Zakładów, przyznających te świadczenia,

7) prowadzenie wykazów i kontroli osób, pobierających świadczenia ze wszystkich rodzajów ubezpieczeń.

Ponadto Ubezpieczalnie powinny (art. 24): 1) w miarę swych środków prowadzić akcję profilaktyczną, 2) za zwrotem kosztów przez właściwe Zakłady Ubezpieczeń Społecznych przeprowadzać perjodyczne badania pracowników, narażonych na choroby zawodowe, 3) jeżeli stan finansowy na to pozwala przeprowadzać badania lekarskie młodocianych, przed objęciem przez nich zatrudnienia.

2. Organizacja Ubezpieczalni Społecznych.

Organami Ubezpieczalni są: 1) Rada, 2) Komisja Administracyjna, 3) Dyrekcja, 4) Komisja Rozjemcza, 5) Komisja Rewizyjna.

1) **Rada Ubezpieczalni.** Rada składa się z 17 członków w tem 12 z wyboru i 5 z nominacji (Min. Op. Społ.), w Ubezpieczalniach liczących ponad 75 tys. ubezpieczonych — Rada składa się z 25 członków, w tem 18 z wyboru i 7 z nominacji. Jedną trzecią członków Rady z wyboru, wybierają osobno pracodawcy i dwie trzecie pracownicy (ubezpieczeni w Ubezpieczalni lub pobierający świadczenia Ubezpieczalni, wzgl. renty z Zakładów Ubezp. Społ.). Rada wybiera z pośród siebie przewodniczącego i 2-ch jego zastępców, każdego z innej grupy członków (pracodawców, ubezpieczonych i nominatów). Wybór

przewodniczącego i jego zastępców zatwierdza Państw. Urząd Ubezp.

Pracownicy umysłowi i robotnicy tworzą odrębne grupy wyborcze. Udział przedstawicieli pracowników umysłowych w Radzie odpowiadać winien stosunkowi liczebnemu tych pracowników do robotników.

Do zakresu działania Rady należy: 1) uchwalanie zmian Statutu, 2) uchwalanie preliminarza budżetowego, 3) uchwalanie sprawozdania rocznego i zamknięcia rachunkowego, 4) wybór członków komisji administracyjnej, rewizyjnej i rozjemczej, 5) rozpatrywanie sprawozdań poszczególnych Komisyj i Dyrekcji.

2) **Komisja Administracyjna** składa się z przewodniczącego Rady, 2-ch jego zastępców i 4-ch członków (trzech pracowników, 1 pracodawcy i tyluż ich zastępców), wybieranych co rocznie przez Radę, ze swego grona. W skład Komisji Administracyjnej wchodzi conajmniej jeden przedstawiciel pracowników umysłowych.

Przewodniczącym Komisji jest przewodniczący Rady.

Do zakresu działania Komisji Administr. między innemi należy: a) wykonywanie nadzoru nad czynnościami Dyrekcji i udzielanie jej dyrektyw, b) uchwalanie regulaminu dla chorych i innych regulaminów w zakresie ubezp. na wypadek choroby, c) powoływanie i zwalnianie dyrektora i na jego wniosek pozostałych członków dyrekcji oraz zastępcy lekarza naczelnego, d) decydowanie w ważniejszych sprawach majątkowych Ubezpieczalni, e) decydowanie z zastrzeżeniem kompetencji Zakładu Ubezpieczenia na Wypadek Choroby i Izby Ubezpieczeń Społecznych o warunkach umów z lekarzami, aptekarzami, instytucjami Ubezpieczeń Społecznych, instytucjami państwowemi, samorządowemi oraz w sprawach umów w zakresie lecznictwa z instytucjami prywatnemi. Szczegółowo zakres działania Komisji Administracyjnej określa art. 44 ustawy.

3) **Dyrekcja Ubezpieczalni.** Na czele dyrekcji stoi dyrektor Ubezpieczalni. W skład dyrekcji pozatem wchodzą

lekarz naczelny, i jeden lub dwaj wicedyrektorzy. Dyrekcja jest organem wykonawczym Ubezpieczalni (art. 45).

Dyrektor jest zwierzchnikiem pracowników Ubezpieczalni, nie wyłączając członków dyrekcji, załatwia wszystkie sprawy bieżące, nie zastrzeżone dla innych organów oraz kieruje pod względem organizacyjnym i administracyjnym całą działalnością Ubezpieczalni z zachowaniem uprawnień Rady i Komisji Administracyjnej (art. 46).

Do zadań dyrektora (art. 46) m. in. należy: a) wykonywanie uchwał Rady i Komisji Administracyjnej, b) układanie preliminarza budżetowego, c) wykonywanie budżetu, d) przyjmowanie i zwalnianie pracowników z wyjątkiem członków dyrekcji i zastępcy lekarza naczelnego, e) orzekanie o obow. ubezp., o wysokości składek i t. p., f) przyznawanie świadczeń z ubezp. na wypadek choroby, g) zgłaszanie na Radę i Komisję Administracyjną wniosków w sprawach należących do tych organów.

Czynności powyższe, o ile dotyczą lecznictwa i profilaktyki, wykonywane są przez dyrektora łącznie z lekarzem naczelnym.

Decyzje dyrektora w sprawach wymienionych pod lit. b, d i f zapadają po ich rozważeniu na dyrekcji.

Lekarz naczelny jest, z zastrzeżeniem kompetencji dyrektora, zwierzchnikiem zakładów leczniczych Ubezpieczalni oraz wszystkich pracowników, zatrudnionych bezpośrednio w lecznictwie Ubezpieczalni, przyjęcie tych pracowników do służby może nastąpić tylko na wniosek lekarza naczelnego. Lekarz naczelny opracowuje i uzgadnia z dyrektorem preliminarze budżetowe działu lecznictwa, plan organizacji lecznictwa, regulaminy dla chorych i t. p. Wnioski w sprawach lecznictwa i profilaktyki, zgłoszone na posiedzeniach Rady i Komisji Administracyjnej, mogą być uchwalane jedynie po wysłuchaniu opinji lekarza naczelnego.

Rada lekarska (art. 50) w Ubezpieczalni Społecznej jest ciałem doradczym przy lekarzu naczelnym. Jej skład i kompetencje określają statuty Ubezpieczalni.

4. **Komisja Rewizyjna** (art. 52) Ubezpieczalni składa się z pięciu członków wybranych na okres 5 lat przez Radę w tem jeden przedstawiciel pracowników umysłowych, jeden przedstawiciel robotników i trzech przedstawicieli pracodawców.

Przewodniczącym Komisji jest członek Rady, pozostali członkowie Komisji muszą posiadać bierne prawo wyborcze.

Komisja Rewizyjna kontroluje czynności Komisji Administracyjnej i dyrekcji oraz rewiduje księgi, dokumenty i zasoby kasowe. Komisja Rewizyjna ma prawo zgłosić sprzeciw w stosunku do uchwał i czynności kontrolowanych przez nią organów, jeśli uzna, że są sprzeczne z przepisami ustawy lub statutów, albo też grożą niepowetowanemi stratami. Sprzeciw należy wnieść do Państwowego Urzędu Ubezpieczeń. Wniesienie sprzeciwu wstrzymuje wykonanie uchwały. (art. 53).

Komisja Rozjemcza składa się z przewodniczącego i jego zastępcy, mianowanych przez państwowy urząd ubezpieczeń oraz 6-ciu członków, w tem 3-ch pracowników i 3-ch pracodawców. wybieranych corocznie przez radę Ubezpieczalni (art. 54).

Komisja Rozjemcza rozstrzyga odwołania od orzeczeń dyrektora w sprawach świadczeń z ubezpieczenia na wypadek choroby oraz odwołania od orzeczeń w sprawach kar nakładanych na chorych za przekroczenie regulaminu.

Komisja Rozjemcza orzeka w zespołach złożonych z przewodniczącego lub jego zastępcy i 2-ch członków, po jednym z grupy ubezpieczonych i pracodawców.

§ 68. ZAKŁADY UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH.

Na mocy ustawy niniejszej, zostają utworzone następujące Zakłady:

1) Zakład Ubezpieczenia na Wypadek Choroby,
2) Zakład Ubezpieczenia od Wypadków,
3) Zakład Ubezpieczenia Emerytalnego Robotników,
4) Zakład Ubezpieczeń Pracowników Umysłowych.

Każdy Zakład obejmuje swem działaniem cały obszar Rzeczypospolitej, z wyjątkiem Zakładu Ubezpieczenia na Wypadek Choroby i Zakładu Ubezpieczenia Emerytalnego Robotników, których działalność nie rozciąga się na Górnośląską część woj. śląskiego (art. 317), zamiast zatem np. dotychczasowych 4-ch Z. U. P. U., zostaje utworzony jeden Zakład Ubezpieczeń Pracowników Umysłowych z siedzibą w Warszawie. Zakłady mogą tworzyć swoje oddziały i ekspozytury w poszczególnych miastach Polski.

1) Zakres działania Zakładów.

Zakład Ubezpieczeń na Wypadek Choroby — koordynuje, uzupełnia i usprawnia działalność Ubezpieczalni Społecznych w zakresie ubezpieczenia na wypadek choroby oraz prowadzi wspólną dla wszystkich rodzajów ubezpieczeń, ogólną działalność leczniczą i profilaktyczną. Szczegółowo zakres działania tego Zakładu określa art. 56 ustawy.

Zakład Ubezpieczeń od Wypadków wykonuje następującą działalność: 1) przyznaje i udziela świadczeń, przewidzianych w ubezpieczeniu od wypadków (art. 134), 2) organizuje akcję zapobiegania wypadkom przy pracy i chorobom zawodowym, 3) organizuje Zakłady szkolenia dla inwalidów i odpowiednie warsztaty, 4) zarządza własnemi funduszami, 5) prowadzi statystykę ubezpieczenia od wypadków, 6) sporządza corocznie bilanse ubezpieczeniowo-techniczne a co lat trzy ustala na podstawie metod określonych przez Ministra Opieki Społecznej, wysokość składki w ubezpieczeniu od wypadków, 7) udziela Ubezpieczalniom Społecznym wiążących instrukcji i wskazówek, co do zaliczania poszczególnych przedsiębiorstw do kategorji i klas niebezpieczeństwa.

Zakład Ubezpieczenia Emerytalnego Robotników wykonuje następującą działalność: 1) przyznaje i udziela świadczeń, przewidzianych w robotniczem ubezpieczeniu emerytalnem (art. 135), 2) współdziała w akcji zmierzającej do przywrócenia zdolności do zarobkowania inwalidów-robotników, 3) zarządza własnemi funduszami, 4) prowa-

dzi statystykę ubezpieczenia emerytalnego robotników oraz sporządza bilanse ubezpieczeniowo-techniczne.

Zakład Ubezpieczeń Pracowników Umysłowych wykonuje następującą działalność: 1) udziela świadczeń zarówno emerytalnych jak i na wypadek braku pracy pracownikom umysłowym, 2) współdziała w akcji zmierzającej do przywrócenia zdolności do zarobkowania inwalidów-pracowników umysłowych, 3) zarządza własnemi funduszami, 4) prowadzi statystykę ubezp. pracowników umysłowych i sporządza bilanse ubezpieczeniowo-techniczne.

2) Organizacja Zakładów.

Organizacja wszystkich Zakładów jest prawie jednakowa. Organami Zakładów są: 1) Rada, 2) Komisja Administracyjna, 3) Dyrekcja, 4) Komisja Rewizyjna. Ponadto przy Zakładzie Ubezpieczeń na Wypadek Choroby istnieje jako ciało doradcze Rada Lekarska, a przy pozostałych Komisje Rentowe.

Ustawa przewiduje, iż Rady Zakładów, Komisje Administracyjne, Rewizyjne i Rentowe, będą pochodziły z wyborów i będą się składały z przedstawicieli pracowników i pracodawców, tudzież osób, mianowanych przez Min. Op. Społ.

Skład **Rad poszczególnych Zakładów** ilustruje poniższa tabela.

Nazwa Zakładu	Członków	Robotników	Prac. umysł	Pracodawc.	Nominatów
Zakł. Ub. na Wyp. Chor.	25	9	3	6	7
Zakł. Ub. od Wyp.	25	9	3	6	7
Zakł. Ub. Emeryt. Rob.	25	12	—	6	7
Zakł. Ub. Prac. Umysł.	21	—	10	5	6

Rada Zakładu jest naczelnym organem uchwałodawczym Zakładu i ustala ogólne zasady kierownictwa działalnością Zakładu. Do zakresu działania Rady (art. 65) na-

chodzi o sprawy jeszcze nierozstrzygnięte, jak i sprawy, w których wniesiono odwołanie od decyzji dyrektora.

Przewodniczący Rady, przewodniczący Komisji Rentowej lub dyrektor Zakładu, mogą w przypadkach, gdy sprawa ma znaczenie zasadnicze, gdy budzi poważne wątpliwości lub gdy istnieją sprzeczne uchwały kilku Komisji Rentowych, przedstawić sprawę Komisji Administracyjnej Zakładu do decyzji. Decyzja taka ma moc wiążącą dla wszystkich Komisyj Rentowych Zakładu.

Jeżeli uchwała Komisji Rentowej sprzeciwia się przepisom ustawy, postanowieniom Statutu lub zarządzeniom władzy nadzorczej, przewodniczący komisji obowiązany jest uchwałę zawiesić i wnieść sprawę na posiedzenie Komisji Administracyjnej.

§ 69. IZBA UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH.

Wszystkie Ubezpieczalnie Społeczne i Zakłady są członkami Izby Ubezpieczeń Społecznych. Siedzibą Izby jest Warszawa.

1. Zakres działania Izby.

Izba jest powołana do koordynowania w zakresie wszystkich rodzajów ubezpieczeń społecznych działalności Ubezpieczalni i Zakładów oraz do działalności, zmierzającej ku osiąganiu wspólnych celów tych instytucji. Między innymi do Zakresu działania Izby należy:

1) reprezentowanie instytucyj Ubezpieczeń Społecznych na fachowych Zjazdach i Konferencjach oraz przy zawieraniu porozumień przewidzianych w międzynarodowych umowach, w zakresie ubezpieczeń społecznych,

2) prowadzenie akcji mającej na celu rozwój ubezpieczeń społecznych (publikowanie wydawnictw naukowych i popularnych, popieranie i zakładanie instytucyj naukowych i studjów w zakresie ubezpieczeń społecznych i t. p.),

3) prowadzenie ogólnej statystyki wszystkich rodzajów ubezpieczeń,

4) ustalanie metod przeprowadzania badań asekuracyjno-technicznych,

5) lustracja działalności poszczególnych instytucyj ubezpieczeniowych,

6) opinjowanie budżetów i planów lokat instytucyj ubezpieczeniowych,

7) rozstrzyganie sporów między instytucjami ubezpieczeniowemi,

8) wydawanie przepisów dla Ubezpieczalni, ustalających sposób przeprowadzania tych wszystkich czynności, które Ubezpieczalnie wykonują dla wszystkich rodzajów ubezpieczeń i t. p.

2. Organizacja Izby.

Organami Izby są: 1) Rada Zarządzająca, 2) Prezydjum Izby, 3) Prezes, 4) Dyrekcja, 5) Komisja Rewizyjna. Zakres kompetencji poszczególnych organów Izby określają art. 81 do 92 ustawy:

Rada Zarządzająca Izby składa się z Prezesa powołanego przez Prezydenta Rzeczypospolitej i 27 członków, w tem 8 przedstawicieli Zakładów (przewodniczący Rad Zakładów lub ich zastępcy, lecz jedynie z grupy pracodawców i ubezpieczonych), 6 przedstawicieli robotników, 3 przedstawicieli pracowników umysłowych i 3 przedstawicieli pracodawców.

Rada Zarządzająca jest naczelnym organem uchwałodawczym Izby, kieruje całokształtem działalności Izby i wykonywa za pośrednictwem prezydjum nadzór nad czynnościami dyrekcji. Szczegółowy zakres działania Rady Zarządzającej określa art. 82.

Prezydjum Izby składa się z Prezesa Izby, jego zastępcy, mianowanego przez Ministra Opieki Społecznej z pośród członków Rady z nominacji i 8 przedstawicieli Zakładów, o których mowa powyżej.

Do zakresu działania Prezydjum należy m. in.:

1) sprawowanie nadzoru nad działalnością dyrekcji, 2) rozpatrywanie i opinjowanie wniosków dyrekcji na Radę Zarządzającą, 3) wydawanie decyzji w sprawach na-

leży m. in.: 1) wybór członków Komisyj, 2) uchwalanie zmian statutu, 3) uchwalanie preliminarzy budżetowych, sprawozdań, zamknięć rachunkowych i bilansów ubezpieczeniowo-budżetowych, a ponadto w Zakładzie Ubezpieczenia od Wypadków ustalanie wysokości składki, Rada wybiera z pośród siebie bezwzględną większością głosów 3 kandydatów każdego z innej grupy (ubezpieczonych, pracodawców i nominatów) i z pośród tych kandydatów Min. Opieki Społecznej mianuje przewodniczącego oraz pierwszego i drugiego zastępcę.

Komisja Administracyjna jest, z zastrzeżeniem uprawnień Rady, organem uchwałodawczym Zakładu, sprawuje ogólne kierownictwo jego działalnością, wykonywa w tym celu nadzór nad działalnością dyrekcji i udziela jej dyrektyw. Komisja Administracyjna powołuje i zwalnia członków dyrekcji, uchwala przepisy służbowe dla pracowników i regulaminy wewnętrzne dla Zakładu, decyduje o ważniejszych sprawach majątkowych i t. p. Zakres działania Komisji Administracyjnej szczegółowo określa art. 67 ustawy.

Do składu Komisji Administracyjnej wchodzi z urzędu przewodniczący Rady i obaj jego zastępcy, tudzież 6 członków (3 ubezpieczonych, 1 pracodawca i 2 nominatów), wybranych corocznie przez Radę ze swego grona (art. 66).

Dyrekcja — jest organem wykonawczym Zakładu i w skład jej wchodzi w Zakładzie Ubezpieczenia na Wypadek Choroby: dyrektor, wicedyrektor i lekarz naczelny, w pozostałych Zakładach — dyrektor, wicedyrektor i matematyk Zakładu (art. 69).

Dyrektor jest zwierzchnikiem pracowników Zakładu, nie wyłączając członków Dyrekcji, załatwia wszystkie sprawy bieżące, nie zastrzeżone dla innych organów Zakładu, oraz kieruje pod względem organizacyjnym i administracyjnym całą działalnością Zakładu, z zastrzeżeniem jednak uprawnień przewodniczącego Rady i Komisji Administracyjnej. Zakres czynności dyrektora szczegółowo określa art. 70 ustawy.

Lekarz naczelny pełni w Zakładzie Ubezpieczenia na Wypadek Choroby podobne funkcje, co lekarz naczelny Ubezpieczalni (patrz str. 98).

Matematyk Zakładu czuwa nad równowagą ubezpieczeniowo-techniczną Zakładu, sporządza w obowiązujących terminach bilanse ubezpieczeniowo-techniczne. Matematyk w wydawaniu swych orzeczeń ubezpieczeniowo-technicznych, jest niezależny od innych organów Zakładu.

Komisja Rewizyjna (art. 75) składa się z przedstawicieli pracowników, pracodawców i nominatów, wybieranych na okres 5 lat przez Radę. W Komisji Rewizyjnej Zakładu przewagę liczebną mają przedstawiciele pracodawców. Zakres czynności Komisji Rewizyjnej Zakładu jest ten sam, co Komisji Rewizyjnej Ubezpieczalni Społecznej (patrz str. 99).

Komisje Rentowe będą powołane w siedzibach lokalnych oddziałów poszczególnych Zakładów, a w miarę potrzeby nawet i poza temi siedzibami. Komisje Rentowe składać się będą z przewodniczącego i jego zastępcy, mianowanych przez Ministra Opieki Społecznej z przedstawicieli pracodawców i pracowników.

Komisja Rentowa jest organem wykonującym nadzór nad czynnościami dyrektora w zakresie przyznawania świadczeń oraz orzekającym w sprawach świadczeń w przypadkach przewidzianych w p. 2.

Do zadań Komisyj Rentowych należy w szczególności:

1) zgłaszanie na Komisję Administracyjną wniosków co do zasadniczych wytycznych dla orzeczeń dyrektora w zakresie przyznawania świadczeń,

2) orzekanie:

a) w sprawach, w których wniesiono odwołanie od decyzji dyrektora, jeśli zachodziła rozbieżność poglądów między lekarzem Zakładu a dyrektorem lub w których skarżący kwestjonuje właściwe ustalenie kryterjów zawodowych,

b) w sprawach przekazanych przez dyrektora lub przedstawionych na podstawie uchwały Komisji — zarówno gdy

głych, 4) wydawanie opinji o budżetach i planach lokat Zakładów Ubezpieczeń Społecznych.

Dyrekcja jest organem wykonawczym Izby i składa się z 5 osób, a mianowicie: Dyrektor Naczelny, Lekarz Naczelny, którym z urzędu jest lekarz naczelny Zakładu Ubezpieczenia na Wypadek Choroby, Naczelny Matematyk oraz 2 Dyrektorów Izby.

Do zakresu działania Dyrekcji m. in. należy: 1) sporządzanie sprawozdań, zamknięć rachunkowych i ogólnych sprawozdań, dotyczących wszystkich rodzajów ubezpieczeń, 2) wykonywanie uchwał Rady i Prezydjum, 3) decydowanie w sprawach lustracji instytucyj ubezpieczeniowych, 4) opinjowanie budżetów Ubezpieczalni Społecznych.

Naczelny Dyrektor jest przewodniczącym Dyrekcji i zwierzchnikiem wszystkich pracowników, nie wyłączając członków Dyrekcji.

Komisja Rewizyjna Izby (art. 90) składa się z 5 przedstawicieli pracodawców, 2 przedstawicieli robotników, 1 przedstawiciela pracowników umysłowych oraz 1 nominata.

Kompetencje Komisji Rewizyjnej Izby są takie same jak kompetencje Komisji Rewizyjnej Ubezpieczalni (patrz § 67 p. 4).

§ 70. WYBORY DO ORGANÓW INSTYTUCYJ UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH.

Szczegółowe przepisy wyborcze zawierać będzie specjalne rozporządzenie Ministra Opieki Społecznej, które dotychczas jeszcze się nie ukazało. Dlatego też nie omawiamy szerzej postanowień wyborczych. Zaznaczamy jedynie,

1) że wybory w poszczególnych grupach (pracodawców, robotników, pracowników umysłowych) odbywają się oddzielnie,

2) że równocześnie z wyborami do władz Ubezpieczalni odbywają się wybory do odrębnych zgromadzeń robotników, pracowników umysłowych i pracodawców,

3) że te odrębne zgromadzenia wybierają członków Rad Zakładów Ubezpieczeń Społecznych, Rady Zarządzającej i Komisji Rewizyjnej Izby; rzecz oczywista, nie dotyczy to członków tych organów z nominacji (mianuje ich Minister Opieki Społecznej) oraz w Izbie członków Rady Zarządzającej, będących przedstawicielami Zakładów.

Do czasu powołania w drodze wyborów wyżej omówionych organów instytucyj Ubezpieczeń Społecznych, funkcje ich spełniają mianowani przez Ministra Opieki Społecznej komisarze i tymczasowe organy kolegjalne.

Biblioteka Ministerstwa Pracy Nr 398 Opieki Społecznej i Zdrowia

SKOROWIDZ.

ABSOLWENCI szkół zawod. i akad. 18.

BEZRADNOŚCI stan 58, — dodatek 58.
BEZROBOCIE robotników 10, 34, 35 — prac. umysł. 31, 34, 35, 38, 52.
BRACTWO GÓRNICZE 81, 82, 84.

CENNIK DOPŁAT za porady lekarskie, lekarstwa i t. p. 43, 49.
CHAŁUPNICY obow. ubezp. 12, 19, — świadcz. chorob. 46.
CHIRURGICZNE zabiegi 44.
CHOROBA — świadczenia 42 i nast., — pomoc lecznicza 43, — zasiłki 45, 47, — spowod. wypadk. lub chor. zawod. 43, — ostra, zakaźna, umysł. 44, — nawrót 45, — leczenia szpitalne 46, — po ustaniu ob. ubezp. 51, — o dłuższym okresie wylęgania 32, patrz *dopłaty*.
CHOROBA ZAWODOWA 9, 10, 56.
CUDZOZIEMCY 16.
CZŁONKOWIE rodziny — świadcz. chorob. 49, 50, — wypadkowe 60, 61, emerytalne 75, 76.
CZŁONKOWIE ZARZĄDU osób prawnych 14.
CZYSZCZENIE narzędzi 55.

DOBROWOLNE ubezpieczenie 21
DOCHODZENIE o wypadku 65, 66.
DOMOWA służba — patrz *służba domowa*.
DOPŁATY do rent 80.
DOPŁATY za porady lekarskie, lekarstwa i t. p. 43, 49.
DOZORCY domowi 13.
DUCHOWNI 15.
DYPLOMATYCZNE przedstawicielstwa 16, 23.
DYREKTOROWIE, prokurenci 13, — naczelni 13.
DYREKTOR Ubezpieczalni 98, — Zakładu 102, — Izby 106.
DYREKCJA Ubezpieczalni 96, — Zakładów 101, — Izby 105.
DZIECI — dodatek do zasiłku chorob. 45, — do renty inwal. 72.

EMERYTURY — patrz *świadczenia emerytalne.*
EGZEKUCJA 41.

FORMULARZE 22.
FUNDUSZ BEZROBOCIA 10, 34, 35.
FUNKCJONARJUSZE państwowi 15.

GOSPODARSTWA rolne 17, 18, — domowe 13.
GÓRNICY I HUTNICY specjalne uprawnienia 77.
GÓRNY ŚLĄSK 9, 22, 64, 65.

INWALIDZKA renta patrz *renta inwalidzka.*
IZBA Ubezpieczeń Społecznych 104.

KASA CHORYCH 9, 10.
KATEGORJE niebezpieczeństwa 37.
KLASA niebezpieczeństwa 37.
KOLEJARZE 15, 17.
KOMISJA ADMINISTRACYJNA Ubezpieczalni 97, — Zakładu 102.
KOMISJA REWIZYJNA Ubezpieczalni 99, — Zakładu 103, — Izby 106.
KOMISJA ROZJEMCZA 99.
KOMISJE RENTOWE 103
KOMISARZE instyt. ubezp. społ. 107.
KONTYNUOWANIE ubezp. chorob. 20, — emeryt. 21.
KOSZTY leczenia prywatnego 51.
KREWNI pracodawcy, a obowiązek ubezpieczenia 18, 19.
KWOTA INDYWIDUALNA renty inwalidzkiej 71.
KWOTA ZASADNICZA renty inwalidzkiej 71.

LECZENIE w ubezp. chorob. 43, — w ubezp. wyp. 59, — w ubezp. emeryt. 72.
LECZENIE zapobiegawcze i restytucyjne 59,75.
LEGITYMACJA ubezpieczeniowa 28.
LEKARSTWA 43.
LEKARZ NACZELNY Ubezpieczalni 98, — Zakładu 103.

MATEMATYK Zakładu 103.
MIEJSCE ZATRUDNIENIA 22.

NACZELNY DYREKTOR Izby Ubezp. Społ. 105.
NAGŁE wypadki 44.
NAJWYŻSZE NORMY zarobków 31.

OBOWIĄZEK ubezpieczenia 12.
ODWOŁANIA 90, 91.
ODPRAWA dla wdowy 61, 76.
ODSETKI zwłoki 41.
OKRES WYCZEKIWANIA, a obowiązek ubezpieczenia 16, — a prawo do świadczeń 68.
ODPOWIEDZIALNOŚĆ pracodawcy za niezgłoszenie do ubezpieczenia 23, za wypadki 67.
OPŁATY za leczenie, patrz *dopłaty*.

POGRZEBOWY zasiłek, patrz *zasiłek*.
PRACOWNICY KOLEJOWI 15, 17.
PRACOWNICY ROLNI 13, 17, 18, 53.
PRACOWNICY UMYSŁOWI 9, 10, 13, 16, 52, — rolni 19, 24.
PRAKTYKANCI — ob. ubezp. 18.
PREZYDJUM Izby Ubezpieczeń Społecznych 105.
PROCENTY zwłoki 41.
PROKURENCI 13,
PROTEZY 43, 59.
PRAWO do świadczeń chorobowych 51, — emerytalnych 68.
PRAWA NABYTE przed 1.I. 1934 r. — 81.
PRZEDAWNIENIE świadczeń chorobowych 52, — wypadkowych 67.
PRZECIĘTNY ZAROBEK w ubezpieczeniu chorobowem 45, — wypadkowem 57, — emerytalnem 71.

RADA Ubezpieczalni 96, — Zakładu 101, — Izby 105.
REKURSY 90, 91.
RENTA INWALIDZKA 70, — kto jest inwalidą 70, — okres wyczekiwania 68, — wysokość 71, — dodatek dla dzieci 72.
RENTA WYPADKOWA dla ubezpieczonego, — kto ma prawo 55, — wysokość 57, — dodatek dla bezradnych 58, — dodatek dla dzieci 58.
RENTA WYPADKOWA wdowia 60, 64, — sieroca 61, 64, — dalszej rodziny 63.

RENTA WDOWIA poinwalidzka 75, — wypadkowa 60, 64.
RENTY SIEROCE wypadkowe 61, — poinwalidzkie 76.
ROBOTNICY ROLNI obowiązek ubezpieczenia 18, — zgłoszenia 24, — świadczenia 53.
RODZINY członkowie, — patrz *członkowie rodziny.*

SIEROTY patrz *renty sieroce.*
SKŁADKI UBEZPIECZENIOWE — wysokość 32, — sposób obliczania i opłaty 39, — obowiązek opłaty 39, — termin opłaty 40, kary za zwłokę 41, — odpowiedzialność pracodawcy 41, — egzekucja 41, — tabela 33.
SŁUŻBA DOMOWA 13.
SPORY 90, 91.
STOSUNEK SŁUBOWY 12.
SZKODY I STRATY w stosunku do pracownika 23, 67, — w stosunku do Zakładów 67.

ŚWIADCZENIA CHOROBOWE: pomoc lecznicza 43, dopłaty 43, zasiłki chorobowe 45, — szpitalne i domowe 47, — leczenie szpitalne 46, — wrazie połogu 47, — członków rodziny 49, — zasiłek pogrzebowy 49.
ŚWIADCZENIA EMERYTALNE: ogólne warunki przyznawania 68, — okres wyczekiwania 68, — renta inwalidzka 70, — dodatek dla dzieci 72, — leczenie 72, — renta wdowia 75, — renty sieroce 76, zapomoga pośmiertna 79.
ŚWIADCZENIA WYPADKOWE: renta wypadkowa 55, 57, — dodatek dla bezradnych 58, — dodatek dla dzieci 58, — renta wdowia 60, 64, — renty sieroce 61, 64, — dalszej rodziny 63, — zapomoga pośmiertna 79.

TABELA składek 33, — wysokości renty inwalidzkiej 73, — wzrostu kwoty indywidualnej 74.
TERMINATORZY 12, 16, 19, 25.

UBEZPIECZALNIA Krajowa w Poznaniu 83.
UBEZPIECZALNIA SPOŁECZNA 10, 11, 22, 95.
UCZNIOWIE 12, 19.

UMOWA o pracę 12, — o dzieło 14, — pełnomocnictwa 14, — nienazwana 14.
UMYSŁOWI, patrz *pracownicy umysłowi.*

WIEK, a obowiązek ubezpieczenia 12, 16, — a świadczenia emerytalne 70.
WIĘŹNIOWIE, a obowiązek ubezpieczenia 12, 18, — świadczenia wypadkowe 57.
WDOWA — renta wypadkowa 60, — poinwalidzka 75. — odprawa 61, 76.
WOJSKOWI zawodowi 15.
WOJSKOWA SŁUŻBA 15, 29.
WYBORY organów instytucyj ubezpieczeń społecznych 106.
WYKAZY stanu zatrudnienia 26.
WYMELDOWANIE z ubezpieczenia 27.
WYNAGRODZENIE w gotówce 29, — w naturze 30.
WYPADEK przy pracy — pojęcie 55, ubezpieczenie wypadkowe 54.

ZAKŁAD UBEZPIECZENIA od Wypadków 100, — na Wypadek Choroby 100, — Emeryt. Robotn. 100, — Prac. Umysłowych 101.
ZAOPATRZENIA starcze (inwalidzkie) 86, — wdowie, 87, — sieroce 87, 89.
ZAPOMOGA pośmiertna 63, 79.
ZAROBEK tygodniowy 30, — najwyższa norma 31, — przeciętny 45, 57, 71.
ZARZĄDCY spółek 14.
ZASIŁKI chorobowe 45, — szpitalne i domowe 47, — połogowe 47, — dla karmiących 47, 49, — pogrzebowe 49.
ZGŁASZANIE ROSZCZEŃ o świadczenia wypadkowe 65, — o świadczenia emerytalne 80, 84, — o zaopatrzenia starcze 86.
ZGŁOSZENIA do ubezpieczenia pracowników 24, — zakładów pracy 27, wysokości zarobków 25, — wypadków 66.
ZWROT składek 90.

398 KPiP
11000398