PORADNIK DLA ROBOTNIKÓW

W SPRAWACH UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH

OPRACOWALI:

DR S. GRABAN
MGR W. LUCHOWSKI
T. STALKOPF
MGR S. TYMIŃSKI

Nr 88

WYDAWNICTWO ZAKŁADU UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH
WARSZAWA 1938

88 KPiP
1100088
1100088

MP 1 05
49

Str.

akie korzyści (świadczenia) zapewnia ubezpieczenie na wypadek macierzyństwa ubezpieczonym i członkom rodzin . . . 33
Jakie są warunki udzielania pomocy położnicom 34
Kiedy ubezpieczona (położnica) ma prawo do zasiłku połogowego i ile wynosi ten zasiłek 34
Kiedy położnica ma prawo do zasiłku pokarmowego i ile wynosi ten zasiłek 35
Które robotnice mają prawo do pomocy leczniczej i położniczej pomimo ustania obowiązku ubezpieczenia 35
W jakim okresie czasu przedawniają się prawa do świadczeń z ubezpieczenia na wypadek choroby i macierzyństwa . 35
Kiedy przysługuje odwołanie od decyzji Ubezpieczalni do Komisji Rozjemczej 36

V. ŚWIADCZENIA EMERYTALNE ROBOTNICZE.

Jakie korzyści (świadczenia) zapewnia ubezpieczenie emerytalne robotników 37
Gdzie należy zgłaszać wnioski (podania) o świadczenia 37
Kiedy przysługuje prawo do renty inwalidzkiej 38
Z czego składa się renta inwalidzka 41
Jakie dodatki i dopłaty przysługują do renty inwalidzkiej 41
Jakie dokumenty należy dołączyć do wniosku o rentę inwalidzką . . 42
Kiedy renta inwalidzka ustaje, ulega wstrzymaniu i ograniczeniu . . 42
Kiedy przysługuje ubezpieczonemu dalsza pomoc lecznicza 43
Kiedy przysługuje renta członkom rodziny ubezpieczonego lub rencisty 43
Kto ma prawo do zapomogi pośmiertnej i ile ta zapomoga wynosi 43
Jakie dokumenty należy dołączyć do wniosku o zapomogę pośmiertną 44
Kiedy wdowa ma prawo do renty wdowiej 44
Kiedy wdowiec ma prawo do renty wdowca 45
Ile wynosi renta wdowia (wdowca) 45
Jakie dokumenty należy dołączyć do wniosku o rentę wdowią (wdowca) 46
Kiedy wdowie (wdowcowi) renta nie przysługuje 46
Kiedy renta wdowia (wdowca) ulega wstrzymaniu i ograniczeniu . . 47
Kiedy wdowa ma prawo do odprawy wdowiej 47
Kiedy sieroty mają prawo do renty sierocej 47
Ile wynosi renta sieroca 49
Jakie dokumenty należy dołączyć do wniosku o rentę sierocą . . . 49
Kiedy następuje ograniczenie prawa do renty sierocej 50

Biblioteka Nauczycielska Nr 88 Opieki Społecznej i Zdrowia

Str.
Komu i kiedy przysługuje zaopatrzenie inwalidzkie 50
Gdzie należy zgłaszać wnioski o zaopatrzenia i jakie należy dołączyć do tych wniosków dokumenty 52
Kiedy następuje ustanie, wstrzymanie i ograniczenie prawa do zaopatrzeń 53
Jakie świadczenia przysługują osobom, które były ubezpieczone jeszcze przed dniem 1.1.1934 r., oraz członkom ich rodzin 53
Kiedy przedawnia się prawo do świadczeń emerytalnych robotniczych 54
Kto wydaje decyzje w sprawach świadczeń emerytalnych robotniczych i wypłaca te świadczenia 55
Kiedy i dokąd wnosi się odwołanie 55

VI. ŚWIADCZENIA WYPADKOWE.

Jakie korzyści (świadczenia) zapewnia ubezpieczenie od wypadków i chorób zawodowych 56
Co ma zrobić pracownik, który uległ wypadkowi w zatrudnieniu 57
Kto ma zgłosić wypadek w Ubezpieczalni Społecznej 58
Kto przeprowadza dochodzenia w sprawach świadczeń wypadwych 58
Kto może otrzymać świadczenia wypadkowe 59
Jakie wypadki dają prawo do świadczeń wypadkowych 59
Jakie choroby zawodowe dają prawo do świadczeń wypadkowych dla poszkodowanego lub jego rodziny 60
Ile wynosi renta wypadkowa dla poszkodowanego 61
Jak oblicza się przeciętny miesięczny zarobek, na podstawie którego wymierza się rentę wypadkową dla poszkodowanego, albo rentę wypadkową dla jego rodziny . . . 62
Kiedy renta wypadkowa ustaje, ulega zmianie lub ograniczeniu i t. p 63
Kiedy i w jakiej wysokości potrąca się z renty wypadkowej zasiłek chorobowy 64
Kiedy rencista wypadkowy ma prawo do dodatku na dzieci i ile wynosi taki dodatek 65
Kiedy poszkodowany ma prawo do dodatku dla bezradnych . . . 66
Dokąd ma się zwrócić poszkodowany, który potrzebuje leczenia z powodu wypadku w zatrudnieniu lub choroby zawodowej 66
Kiedy poszkodowany ma prawo do protezy 67
Jakie dokumenty powinien przedstawić Ubezpieczalni ubezpieczony domagający się świadczeń wypadkowych . . . 67

Str.

Kiedy i kto z pośród rodziny pozostałej po ubezpieczonym, zmarłym, wskutek wypadku lub choroby zawodowej ma prawo do świadczeń wypadkowych 68
Kto ma prawo do zapomogi pośmiertnej i ile ta zapomoga wynosi 69
Ile wynosi renta wdowia 69
Ile wynosi renta sieroca 69
Jak długo ma prawo wdowa do renty wdowiej wypadkowej . . . 69
Kiedy wdowie (wdowcowi) renta nie przysługuje 70
Kogo ustawa uważa za sieroty 70
Jak długo sieroty posiadają prawo do rent sierocych 70
Kiedy dalsza rodzina ma prawo do renty wypadkowej 71
Jakie dokumenty powinna przedstawić rodzina pozostała po osobie zmarłej z powodu wypadku lub choroby zawodowej (wdowa, sieroty i t. d.) 72
Kiedy przedawnia się prawo do świadczeń wypadkowych . . . 72
Kto wydaje decyzje w sprawach świadczeń wypadkowych i wypłaca te świadczenia 73
Dokąd wnosi się odwołanie 74

VII. POSTANOWIENIA SZCZEGÓLNE.

Jakie są skutki bezprawnego korzystania ze świadczeń z ubezpieczeń społecznych 75
Czy w sprawach ubezpieczeń społecznych opłaca się opłaty stemplowe 75
Komu wypłaca się świadczenia w razie stwierdzonego nałogu pijaństwa osoby uprawnionej 75
Na czym polega odpowiedzialność pracodawcy 76

Biblioteka Ministerstwa Pracy
Nr 81
Opieki Społecznej

PORADNIK DLA ROBOTNIKÓW W SPRAWACH UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH.

Poradnik niniejszy ma na celu omówienie w sposób zwięzły i możliwie jasny niektórych najważniejszych, a interesujących robotników, zagadnień z dziedziny ubezpieczeń społecznych. Chodzi w szczególności o ogólne zaznajomienie robotników z tym, kiedy zachodzi obowiązkowe ubezpieczenie, jakie skutki pociąga ono za sobą, a przede wszystkim, jakie świadczenia zapewnia ubezpieczenie społeczne robotnikom i ich rodzinom.

Jak wyżej wspomniano, Poradnik ma za zadanie omówienie najważniejszych zagadnień ubezpieczeniowych w sposób zwięzły. Jasnym jest, że przy tak krótkim ujęciu nie da się omówić tych zagadnień wyczerpująco. Nie da się również opisać tych spraw ściśle, to znaczy tak, jak są one zawarte w ustawie.

W razie potrzeby, jeżeli robotnik ma wątpliwości jakie uprawnienia mu przysługują, może zwrócić się do Ubezpieczalni Społecznej, która udzieli odpowiednich wyjaśnień.

Ubezpieczenia społeczne w Polsce opierają się:

1) na **ustawie o ubezpieczeniu społecznym,** t. zw. ustawie „scaleniowej", która obejmuje ubezpieczenia: chorobowe (robotników i pracowników umysłowych), wypadkowe (robotni-

ków i pracowników umysłowych) oraz ubezpieczenie emerytalne robotników,

2) na **rozporządzeniu Prezydenta Rzeczypospolitej Polskiej z 1927 r.** o ubezpieczeniu pracowników umysłowych, które obejmuje ubezpieczenia: emerytalne pracowników umysłowych i na wypadek braku pracy pracowników umysłowych.

Ponadto istnieją jeszcze przepisy, które obejmują zabezpieczenie na wypadek bezrobocia robotników.

Z powyższego wynika, że ubezpieczenie chorobowe i wypadkowe jest wspólne dla robotników i dla pracowników umysłowych. Poza wspólnym ubezpieczeniem chorobowym i wypadkowym, robotnicy mają odrębne ubezpieczenie emerytalne i zabezpieczenie na wypadek bezrobocia, odrębne zaś ubezpieczenie emerytalne i na wypadek braku pracy mają pracownicy umysłowi.

Powyższe przepisy obowiązują w całej Polsce z wyjątkiem Górnego Śląska, gdzie ubezpieczenie chorobowe i emerytalne robotników jest inaczej urządzone, niż na pozostałym obszarze Państwa (ubezpieczenie wypadkowe natomiast jest takie samo, jak i na terenie innych dzielnic). Podobnie ubezpieczenie robotników rolnych na całym obszarze Państwa jest uregulowane odmiennie, niż ubezpieczenie innych robotników. Wymienione wyżej przepisy ubezpieczeniowe nie obowiązują dotychczas na terenach zwróconych Polsce przez republikę Czesko-Słowacką. Oprócz powyższych ubezpieczeń istnieje jeszcze na terenie Górnego Śląska oraz powiatu będzińskiego i krakowskiego dla górników specjalne dodatkowe ubezpieczenie bratkie.

W niniejszym Poradniku omawiane są tylko ubezpieczenia robotnicze, objęte przepisami ustawy o ubezpieczeniu społecznym (wyżej punkt 1). Wyjaśnienia zawarte w Poradniku nie odnoszą się do robotników zatrudnionych na Górnym Śląsku i na terenach, na których obowiązuje dotychczas ustawodawstwo czechosłowackie oraz do robotników rolnych.

I. WIADOMOŚCI WSTĘPNE.

Jaki jest cel ubezpieczeń społecznych?

Ubezpieczenia społeczne mają na celu zapewnienie ubezpieczonym oraz członkom ich rodzin pomocy materialnej w razie zajścia nieszczęśliwych zdarzeń, a mianowicie: choroby, inwalidztwa i śmierci. Pomoc materialna, którą uzyskuje się z ubezpieczeń społecznych nazywa się **świadczeniami.** Pomoc ta może być udzielana w pieniądzach, np. zasiłki, renty, zapomogi, odprawy i t. p. oraz w naturze, np. pomoc lecznicza, lekarstwa, leczenie klimatyczne, protezy i t. p.

Oprócz udzielania pomocy w razie zajścia nieszczęśliwych zdarzeń, co jest głównym zadaniem ubezpieczeń społecznych, ubezpieczenia te **zapobiegają** tym nieszczęśliwym zdarzeniom, np. zapobiegają chorobom przez podniesienie ogólnej zdrowotności robotników, zapobiegają wypadkom przy pracy przez prowadzenie odpowiedniej akcji bezpieczeństwa pracy i t. p.

Jaki jest charakter ubezpieczeń społecznych?

W ubezpieczeniu społecznym warunki i zasady ubezpieczenia są zawarte w obowiązujących przepisach prawnych,

wydanych przez Państwo. Osoby ubezpieczone nie mogą więc umówić się z instytucją ubezpieczeniową co do warunków ubezpieczenia, tak, jak to można zrobić przy ubezpieczeniu prywatnym, np. przy ubezpieczeniu swego mieszkania od kradzieży.

Ubezpieczenie społeczne **jest obowiązkowe,** co polega na tym, że gdy zachodzą warunki ustawowe, obowiązek ubezpieczenia powstaje niezależnie od woli, albo zgody osób, objętych ubezpieczeniem. Pracodawca nie może np. umówić się z robotnikiem, który w myśl przepisów podlega obowiązkowi ubezpieczenia, że nie będzie ubezpieczony, gdyż umowa taka będzie nieważna. Nieważne jest również zrzeczenie się ubezpieczenia przez robotnika. W stosunku do osób, które nie wykonują obowiązków, wynikających z ubezpieczenia, mogą być zastosowane odpowiednie środki przymusu.

Jakie są rodzaje ubezpieczeń?

Odróżnia się następujące rodzaje ubezpieczeń, którym podlegają robotnicy:

1) ubezpieczenie na wypadek choroby i macierzyństwa (w skróceniu ubezpieczenie chorobowe),
2) ubezpieczenie od wypadków w zatrudnieniu i chorób zawodowych (w skróceniu ubezpieczenie wypadkowe),
3) ubezpieczenie emerytalne robotnicze,
4) zabezpieczenie na wypadek bezrobocia (to ostatnie ubezpieczenie nie będzie omawiane w niniejszym poradniku, ze względu na jego odrębny charakter).

Jakie są instytucje ubezpieczeniowe?

Ubezpieczenia społeczne są wykonywane przez specjalne instytucje powołane do życia przez Państwo i noszące nazwę instytucji publiczno-prawnych.

Na całym terenie Rzplitej (**z wyjątkiem Górnego Śląska**) istnieją Ubezpieczalnie Społeczne. Instytucją nadrzędną nad

Ubezpieczalniami Społecznymi jest Zakład Ubezpieczeń Społecznych (z siedzibą w Warszawie), jako centralna instytucja ubezpieczeniowa dla całego Państwa. Zakład Ubezpieczeń Społecznych posiada oddziały w Krakowie, Lwowie, Poznaniu, Chorzowie i Łodzi. Państwową władzą nadzorczą nad wszystkimi instytucjami ubezpieczeń społecznych jest Ministerstwo Opieki Społecznej.

Instytucją, do której należy zwracać się bezpośrednio we wszystkich sprawach ubezpieczeniowych, jest Ubezpieczalnia Społeczna. Do Ubezpieczalni Społecznej należy:

1) ustalanie, kto podlega obowiązkowi ubezpieczenia i ustalanie zarobków,
2) prowadzenie spisu ubezpieczonych,
3) wymierzanie i pobieranie składek ubezpieczeniowych oraz kontrola pracodawców,
4) udzielanie świadczeń z tytułu ubezpieczenia chorobowego,
5) przyjmowanie roszczeń o przyznanie wszystkich innych świadczeń.

Dla załatwienia spraw ubezpieczeniowych należy się zwracać do tej Ubezpieczalni (albo jej oddziału), na terenie której znajduje się miejsce zatrudnienia robotnika lub jego miejsce zamieszkania. Osoby otrzymujące już renty z ubezpieczenia od wypadków i chorób zawodowych lub z ubezpieczenia emerytalnego robotników — **mogą w sprawach tych rent zwracać się również bezpośrednio do Zakładu Ubezpieczeń Społecznych lub jego oddziałów.**

Do czego służy legitymacja ubezpieczeniowa?

Każdy robotnik, po zgłoszeniu go po raz pierwszy do ubezpieczenia i po określeniu przez Ubezpieczalnię którym rodzajom ubezpieczenia podlega, otrzymuje na żądanie legitymację ubezpieczeniową. Legitymacji nie otrzymują jedynie robotnicy, podlegający wyłącznie ubezpieczeniu wypadkowemu, (a nie podlegający ubezpieczeniu chorobowemu i emerytalnemu ro-

botniczemu). Raz wydana legitymacja służy robotnikowi przez cały czas jego ubezpieczenia, bez względu na ewentualne późniejsze przejście do zatrudnienia u innego pracodawcy lub też przejście do ubezpieczenia w innej Ubezpieczalni Społecznej. W jednym tylko przypadku może mieć miejsce zmiana legitymacji, a mianowicie w razie przejścia robotnika do kategorii pracowników umysłowych.

W razie zagubienia lub zniszczenia legitymacji robotnik może otrzymać drugą legitymację (duplikat) za opłatą 1 zł., po uprzednim unieważnieniu zagubionej legitymacji, przez ogłoszenie na własny koszt w Dzienniku Wojewódzkim i w Przeglądzie Ubezpieczeń Społecznych.

Każda legitymacja posiada numer, pod którym robotnik został ubezpieczony po raz pierwszy. Numer ten nie ulega zmianie przez cały czas ubezpieczenia robotnika, choćby robotnik przechodził kolejno do ubezpieczenia na terenie różnych Ubezpieczalni Społecznych. Legitymacja ubezpieczeniowa zawiera: dane osobiste ubezpieczonego oraz uprawnionych do świadczeń chorobowych członków jego rodziny (wypisuje Ubezpieczalnia), dane dotyczące okresów i rodzaju zatrudnienia robotnika u poszczególnych pracodawców (wpisuje pracodawca), okresy pozostawania bez pracy, pobierania zasiłków z Ubezpieczalni, okresy pobierania renty wypadkowej, co najmniej 40%-wej i okresy odbywania obowiązkowej służby wojskowej (wpisuje Ubezpieczalnia na żądanie robotnika). Robotnik powinien zwracać uwagę, aby te wpisy były dokonywane, gdyż mają one znaczenie dla zachowania prawa do świadczeń, przede wszystkim do świadczeń emerytalnych. Ponadto robotnik ma prawo żądać od Ubezpieczalni Społecznej wpisania do jego legitymacji sumy tygodni wraz z sumą zarobków, zaliczonych mu do ubezpieczenia emerytalnego w ciągu ostatnich 2 lat kalendarzowych. Wpisów tych dokonuje Ubezpieczalnia tylko w czasie od lipca do końca września każdego roku. Robotnik ma

prawo w ciągu miesiąca po otrzymaniu legitymacji po raz pierwszy lub też po wpisaniu przez Ubezpieczalnię do legitymacji przebiegu, zażądać sprostowania wpisów, zawartych w legitymacji. Jeżeli Ubezpieczalnia odmówi sprostowania wpisów, powinna wydać orzeczenie, od którego będzie przysługiwało prawo wniesienia odwołania. W orzeczeniu jest wskazane w jakim terminie i dokąd można wnieść odwołanie.

O wydanie legitymacji zgłaszać się należy do Ubezpieczalni Społecznej po rozpoczęciu pierwszego zatrudnienia, z którego robotnik podlega ubezpieczeniu; podać należy imiona i nazwiska członków rodziny, którzy, zdaniem robotnika, powinni być uprawnieni do świadczeń chorobowych oraz przedłożyć należy fotografie ubezpieczonego i członków jego rodziny w wieku ponad 14 lat. Jeżeli później, już po otrzymaniu legitymacji przybędzie nowy członek rodziny, np. robotnik ożeni się, urodzi się dziecko i t. p., należy natychmiast zawiadomić o tym Ubezpieczalnię Społeczną i zażądać wpisania tych osób do legitymacji.

Niedopuszczalne jest pod karą sądową odstępowanie legitymacji innym osobom, dla korzystania przez nie ze świadczeń.

Aby robotnik lub członek jego rodziny miał możność otrzymania świadczeń chorobowych, legitymacja powinna być zaopatrzona w zaświadczenie pracodawcy o pozostawaniu robotnika w zatrudnieniu i o wysokości jego zarobku. **Zaświadczenie takie ważne jest przez 2 tygodnie. W razie nieokazania legitymacji z zaświadczeniem Ubezpieczalnia może odmówić udzielenia świadczeń.**

W razie zmiany pracodawcy robotnik posiadający już legitymację ubezpieczeniową, powinien przedstawić swoją legitymację dotychczasowemu pracodawcy w celu wpisania w niej daty ustania zatrudnienia oraz nowemu pracodawcy w celu odnotowania daty rozpoczęcia nowego zatrudnienia.

Co się dzieje z ubezpieczeniem, w razie przejścia robotnika do innej kategorii ubezpieczenia?

Może się zdarzyć, że robotnik, wskutek zmiany charakteru wykonywanych przez niego czynności, przechodzi do kategorii pracowników umysłowych. W tym przypadku robotnik przestanie podlegać ubezpieczeniu emerytalnemu robotniczemu, będzie natomiast podlegał ubezpieczeniu pracowników umysłowych. W razie tej zmiany robotnik nie traci nabytych już uprawnień w dotychczasowym ubezpieczeniu, gdyż następuje przelew składek z ubezpieczenia emerytalnego robotników, do ubezpieczenia emerytalnego pracowników umysłowych. Przelew ten powoduje, że w nowym ubezpieczeniu zalicza się robotnikowi odpowiednie okresy, przebyte w ubezpieczeniu dotychczasowym.

Gdy wskutek zmiany charakteru czynności robotnik przechodzi do kategorii pracowników umysłowych, przysługuje robotnikowi prawo pozostania w ubezpieczeniu dotychczasowym. Pozostanie to jednak nie może trwać dłużej niż 12 miesięcy. Żądanie pozostania w ubezpieczeniu dotychczasowym należy zgłosić do Ubezpieczalni Społecznej nie później jak w ciągu miesiąca od zmiany charakteru czynności. Te same zasady są stosowane w razie przejścia pracownika umysłowego do kategorii robotników.

Co się dzieje z uprawnieniami robotnika ubezpieczonego w Ubezpieczalni Społecznej, w razie przejścia jego do ubezpieczenia w innej instytucji?

Pewne kategorie robotników, którzy nie podlegają obowiązkowi ubezpieczenia, mają zapewnione prawa emerytalne przez odpowiednie instytucje lub przez Skarb Państwa.

Np. robotnicy, którzy są państwowymi funkcjonariuszami etatowymi, o ile byli mianowani przed dniem 1.I. 1934 r., mają zapewnione prawa emerytalne ze Skarbu Państwa, robotnicy, którzy są państwowymi funkcjonariuszami prowizorycznymi lub też etatowymi, mianowanymi po dniu 1.I. 1934 r., mają zapewnione prawa emerytalne z Państwowego Zakładu

Emerytalnego, robotnicy samorządowi, którzy są objęci odpowiednimi statutami, mają zapewnione prawa emerytalne z właściwych instytucji samorządowych i t. p.

W razie, gdy robotnik, który był ubezpieczony w Ubezpieczalni Społecznej obejmuje nowe zatrudnienie, w związku z którym ma zapewnione prawa emerytalne z innej instytucji lub ze Skarbu Państwa, nie traci on uprawnień, nabytych w ubezpieczeniu w Ubezpieczalni Społecznej; w tym wypadku następuje przelew wpłaconych przez niego składek do instytucji, w której obecnie jest ubezpieczony. Przelew ten powoduje, że w nowym ubezpieczeniu zalicza się robotnikowi odpowiednie okresy, przebyte w ubezpieczeniu w Ubezpieczalni Społecznej. W ten sam sposób dokonywuje się zachowania uprawnień emerytalnych, w razie przejścia, wskutek zmiany zatrudnienia, robotnika z ubezpieczenia w instytucji, zapewniającej mu odpowiednie prawa emerytalne, do ubezpieczenia w Ubezpieczalni Społecznej.

Np. robotnik, który jest funkcjonariuszem państwowym, etatowym lub prowizorycznym, robotnik samorządowy i t. p., przechodzi do pracy u pracodawcy prywatnego, wskutek czego podlega ubezpieczeniu w Ubezpieczalni Społecznej.

II. OBOWIĄZEK UBEZPIECZENIA.

Którzy robotnicy podlegają obowiązkowi ubezpieczenia?

Obowiązkowi ubezpieczenia podlegają robotnicy, którzy zostali przyjęci do wykonywania pracy fizycznej u poszczególnych pracodawców za umówione wynagrodzenie. Ustawa nazywa taką pracę zatrudnieniem na podstawie umowy o pracę lub stosunku służbowego.

Za robotników podlegających ubezpieczeniu uważa się robotników, zatrudnionych we wszystkich gałęziach pracy, a więc w przemyśle, handlu, rzemiośle i t. p., zarówno w zakładach pracy prywatnych, jak i publicznych (np. państwowych, samorządowych i t. p.), oraz szoferów, woźnych, kelnerów, kąpielowych, służbę domową i dozorców domowych i t. p.

Pracodawcą może być nie tylko przedsiębiorca, ale każdy, kto zatrudnia robotnika za wynagrodzeniem.

Płeć nie ma żadnego wpływu na obowiązek ubezpieczenia, a więc podlegają ubezpieczeniu mężczyźni i kobiety. Nie ma również znaczenia czas trwania pracy, a więc obowiązkowi ubezpieczenia podlegają robotnicy, niezależnie od tego, jak długo pracują. Bez znaczenia jest także forma zarobku, jaki otrzymuje robotnik za swoją pracę, a więc będzie podlegał ubezpieczeniu robotnik otrzymujący zarobek dziennie, tygodniowo, miesięcznie, jak również robotnik płatny akordowo.

Którzy robotnicy nie podlegają w ogóle obowiązkowi ubezpieczenia?

Pewne kategorie robotników, którzy pozostają w zatrudnieniu na podstawie umowy o pracę lub stosunku służbowego, są w myśl przepisów wyłączone całkowicie od obowiązku ubezpieczenia, niektóre zaś kategorie są wyłączone od ubezpieczenia w niektórych tylko rodzajach ubezpieczeń.

Nie podlegają zupełnie żadnemu z rodzajów ubezpieczeń:

1) robotnicy, którzy są funkcjonariuszami państwowymi etatowymi,
2) robotnicy, którzy są funkcjonariuszami państwowymi prowizorycznymi,
3) robotnicy, zatrudnieni na kolejach państwowych, którzy są objęci ustawą o zaopatrzeniu emerytalnym pracowników P. K. P.,
4) osoby, pozostające w czynnej służbie wojskowej,
5) robotnicy, którzy są zatrudnieni w gospodarstwach domowych, jeśli ich praca u poszczególnych pracodawców nie trwa dłużej niż 2 tygodnie (np. pranie lub reparacja ubrań i bielizny, odkurzanie i dezynfekcja mieszkań i t. p.),
6) zatrudnione w rzemiośle dzieci, wnuki, rodzeństwo, rodzice lub dziadkowie pracodawcy, jeżeli pozostają z pracodawcą we wspólnym gospodarstwie domowym.

Którzy robotnicy podlegają ubezpieczeniu wypadkowemu?

Ubezpieczeniu wypadkowemu podlegają wszyscy robotnicy, z wyjątkiem tych, którzy, mimo, że pozostają w stosunku najmu pracy lub stosunku służbowym, zostali w myśl przepisów wyłączeni od obowiązku ubezpieczenia we wszystkich rodzajach ubezpieczeń (jak np. pracownicy państwowi stali i prowizoryczni, niektórzy pracownicy P. K. P., osoby pozostające w czynnej służbie wojskowej i in.). Ubezpieczeniu od wypadków i chorób zawodowych podlegają także krewni i powinowaci

pracodawcy (z wyjątkiem żony lub męża), uczniowie, terminatorzy, praktykanci i wolontariusze, chałupnicy oraz więźniowie.

Którzy robotnicy nie podlegają ubezpieczeniu chorobowemu?

Z grona robotników, którzy podlegają ubezpieczeniu w innych rodzajach ubezpieczeń, ubezpieczeniu chorobowemu nie podlegają następujące kategorie robotników:

1) robotnicy, których zarobek w okresie miesięcznym przekracza złotych 725.—,
2) robotnicy samorządowi, którzy mają zapewnioną pomoc leczniczą na podstawie odpowiednich statutów,
3) robotnicy, którzy są pracownikami nieetatowymi kolei państwowych,
4) krewni pracodawcy, jeżeli nie są zatrudnieni na podstawie umowy o pracę,
5) praktykanci, jeżeli są uczniami szkół zawodowych, a są zatrudniani wyłącznie w celu praktycznego przysposobienia się do swego zawodu,
6) osoby zatrudnione dorywczo, okazyjnie lub przejściowo, dla których praca najemna nie stanowi głównego źródła utrzymania, jeżeli zatrudnienie takich osób u tego samego pracodawcy nie trwa dłużej niż tydzień.

Np. nie będzie podlegać ubezpieczeniu chorobowemu żona dozorcy domowego ,zatrudniona przez 5 dni przy myciu podłóg, nie będzie podlegał również właściciel warsztatu, który wobec braku roboty, wynajął się na parę dni do zgarniania śniegu i t. p.

7) robotnicy niektórych fabryk przemysłu wojennego.

Co to jest kontynuowanie ubezpieczenia chorobowego?

Robotnicy, którzy przestali podlegać ubezpieczeniu chorobowemu, np. wskutek utraty zajęcia, mają prawo na własne żądanie pozostać nadal w ubezpieczeniu, czyli — mówiąc inaczej — kontynuować ubezpieczenie. Za kontynuowanie ubezpieczenia robotnik sam opłaca całą składkę. Kontynuować

ubezpieczenie chorobowe mogą robotnicy, za których w ciągu ostatniego roku opłacono składki co najmniej za 20 tygodni. Żądanie pozostania w ubezpieczeniu chorobowym należy zgłaszać do Ubezpieczalni Społecznej najpóźniej w ciągu 3 tygodni od ustania ubezpieczenia. Kontynuowanie rozpoczyna się po opłaceniu składki. Składkę opłaca się począwszy od dnia zgłoszenia o kontynuowanie. Kontynuowanie ustaje, jeżeli robotnik oświadczy na piśmie, że nadal nie chce być ubezpieczony lub też jeżeli robotnik zalega ze składkami za ostatnie 4 miesiące.

Co to jest dobrowolne ubezpieczenie chorobowe?

Z własnej woli mogą przystąpić do ubezpieczenia na wypadek choroby i macierzyństwa osoby, które nie podlegają obowiązkowo temu ubezpieczeniu, a które:

1) ukończyły 16 lat życia, a nie przekroczyły 45 roku życia,
2) jeżeli całkowity ich dochód roczny nie przekracza 10 tys. złotych.

Zamiar dobrowolnego ubezpieczenia należy zgłaszać do Ubezpieczalni Społecznej. Kto pragnie przystąpić do ubezpieczenia dobrowolnego, powinien przedłożyć zeznanie o źródłach i wysokości dochodu, metrykę urodzenia oraz świadectwo zdrowia, wydane przez lekarza wyznaczonego w tym celu przez Ubezpieczalnię Społeczną lub przez wyznaczoną komisję lekarską. Jeżeli świadectwo lekarskie wykaże zły stan zdrowia, Ubezpieczalnia Społeczna ma prawo odmówić przyjęcia robotnika do ubezpieczenia. Wysokość składki za dobrowolne ubezpieczenie chorobowe wynosi 5% od dochodu.

Którzy robotnicy nie podlegają ubezpieczeniu emerytalnemu robotników?

Z grona robotników, którzy podlegają ubezpieczeniu w innych rodzajach ubezpieczeń, ubezpieczeniu emerytalnemu nie podlegają następujące kategorie robotników:

1) starcy, którzy rozpoczynają zatrudnienie po ukończeniu 60 lat życia, chyba, że posiadają zaliczonych do ubezpieczenia w ciągu ostatnich 3 lat, co najmniej 50 tygodni składkowych, lub z okresu przed osiągnięciem 60 lat posiadają co najmniej 200 tygodni składkowych, gdyż ci robotnicy podlegają ubezpieczeniu,
2) robotnicy niezdolni do zarobkowania, (którzy utracili ponad 2/3 zdolności do zarobkowania),
3) robotnicy, otrzymujący rentę inwalidzką z tytułu ubezpieczenia społecznego,
4) terminatorzy, odbywający naukę zawodową na podstawie umów spisanych i zarejestrowanych w myśl wymagań prawa przemysłowego,
5) krewni pracodawcy, jeżeli nie są zatrudnieni na podstawie umowy o pracę,
6) osoby zatrudnione dorywczo, okazyjnie lub przejściowo, dla których praca najemna nie stanowi głównego źródła utrzymania, jeżeli zatrudnienie takich osób u tego samego pracodawcy nie trwa dłużej niż tydzień,
7) robotnicy samorządowi, którzy mają zapewnione prawa emerytalne na podstawie odpowiednich statutów.

Kto może kontynuować ubezpieczenie emerytalne?

Kontynuować ubezpieczenie emerytalne mogą robotnicy, którzy przestali podlegać temu ubezpieczeniu, np. wskutek utraty zajęcia. Za kontynuowanie ubezpieczenia robotnik opłaca sam całą składkę i podlega co do opłacania składek tym samym rygorom co i pracodawcy.

Kontynuować ubezpieczenie emerytalne mogą robotnicy, którzy byli ubezpieczeni co najmniej przez 150 tygodni. Zamiar kontynuowania należy zgłaszać do Ubezpieczalni Społecznej najpóźniej w ciągu 13 tygodni od ustania ubezpieczenia obowiązkowego. Kontynuowanie ustaje z końcem tego półrocza kalendarzowego, w ciągu którego robotnik nie opłacił co najmniej 20 składek tygodniowych.

Kiedy powstaje i kiedy ustaje obowiązek ubezpieczenia?

Obowiązek ubezpieczenia powstaje od pierwszego dnia, w którym robotnik rozpoczął zatrudnienie, z powodu którego podlega obowiązkowi ubezpieczenia, a ustaje z dniem rozwiązania stosunku pracy.

Jak się odbywa ubezpieczanie robotnika?

Każdy nowoprzyjęty do pracy robotnik powinien być zgłoszony do właściwej Ubezpieczalni Społecznej (lub jej oddziału), bez względu na to, czy już poprzednio był ubezpieczony z innego zatrudnienia. Zgłoszenia obowiązany jest dokonać pracodawca wciągu 7 dni od dnia rozpoczęcia pracy, a jeżeli siedziba przedsiębiorstwa znajduje się w innej miejscowości niż siedziba Ubezpieczalni (lub jej oddziału) — w ciągu 10 dni. Pracodawca jest obowiązany przedstawić robotnikowi zgłoszenie po całkowitym jego wypełnieniu, w celu zapoznania go z treścią zgłoszenia. Zgłoszenie powinno być podpisane przez pracodawcę i pracownika. Jeżeli robotnik nie zgadza się z treścią zgłoszenia, ma prawo wyrażenia swoich uwag.

Jeżeli pracodawca nie zgłasza robotnika do ubezpieczenia robotnik może bądź sam dokonać zgłoszenia (na formularzu, który można otrzymać w Ubezpieczalni), **bądź zawiadomić Ubezpieczalnię, że pracodawca go nie ubezpieczył.** Zgłoszenie, dokonane przez robotnika ma te same skutki, co i zgłoszenie pracodawcy. Robotnik jest zainteresowany w tym, aby zgłoszenie go do ubezpieczenia zostało dokonane w terminie, gdyż w wielu przypadkach fakt dokonania zgłoszenia decyduje o prawie do świadczeń ubezpieczonego lub członków jego rodziny.

Na podstawie otrzymanych zgłoszeń Ubezpieczalnia przyjmuje robotnika do ubezpieczenia oraz ustala, jakim rodzajom ubezpieczeń robotnik podlega. W sprawach spornych lub wątpliwych Ubezpieczalnia wydaje orzeczenia,

które są doręczane robotnikowi i pracodawcy. Jeżeli robotnik nie godzi się z treścią otrzymanego orzeczenia, ma prawo wnieść odwołanie od tego orzeczenia. Termin, w którym można wnieść odwołanie oraz nazwa władzy, do której wnosi się odwołanie, podane są w orzeczeniu. W razie niewniesienia odwołania we wskazanym terminie orzeczenie staje się prawomocne, t. zn. zasadniczo nie może być już później zmienione. Odwołanie wolne jest od opłat stemplowych.

III. ZAROBKI I SKŁADKI.

Co uważa się za zarobek?

Rzeczywiste wynagrodzenie, jakie robotnik otrzymuje za pracę, która powoduje powstanie obowiązku ubezpieczenia, jest podstawą do wymierzania składek ubezpieczeniowych. Przez wynagrodzenie rzeczywiste rozumieć należy faktyczny dochód, jaki uzyskuje robotnik z pracy. Przy ustalaniu wysokości wynagrodzenia bierze się dochód, który się **należy** robotnikowi, a nie tylko dochód, który faktycznie został **pobrany** przez robotnika.

Rzeczywisty zarobek robotnika może składać się z wynagrodzenia w gotówce i wynagrodzenia w naturze. **Za wynagrodzenie w gotówce** uważa się otrzymywane stałe wynagrodzenie dzienne, tygodniowe lub miesięczne oraz wszelkie dodatki (jak procenty, tantiemy, gratyfikacje i t. p.), wypłacane robotnikowi na podstawie umowy lub zwyczaju w danym przedsiębiorstwie, jeżeli dodatki te trwale wpływają na wysokość wynagrodzenia, oraz wynagrodzenie za godziny nadliczbowe. Odszkodowanie z tytułu rozwiązania umowy o pracę, jak i odszkodowanie za niewykorzystany urlop nie jest wynagrodzeniem zaliczanym do ubezpieczenia. **Wynagrodzenie w naturze** może obejmować mieszkanie, opał, światło, utrzy-

manie, ordynaria, użytkowanie ziemi, odzież i t. p. Wartość wynagrodzeń w naturze ustala dla wszystkich robotników z danej miejscowości, na wniosek Ubezpieczalni, właściwe Starostwo.

Do wynagrodzenia zalicza się również dochody uzyskiwane od osób trzecich, jeżeli udzielanie ich jest przyjęte zwyczajem, np. opłaty kuracjuszów na rzecz kąpielowych w zakładach leczniczych, napiwki numerowych w hotelach i t. p.

Wynagrodzenie to jest również podstawą dla obliczania wysokości przysługujących świadczeń ubezpieczeniowych. W razie gdyby robotnik stwierdził, że pracodawca wykazuje do Ubezpieczalni niższe zarobki od zarobków faktycznie otrzymywanych, powinien zawiadomić o tym Ubezpieczalnię, w celu sprostowania zarobków.

Na podstawie jakich zarobków oblicza się składki?

Składki za robotników oblicza się na podstawie zarobków tygodniowych. Jeżeli robotnik otrzymuje zarobki za dniówkę, za zarobek tygodniowy, na podstawie którego oblicza się składki, przyjmuje się zarobek dzienny pomnożony przez 6. Jeżeli robotnik otrzymuje zarobek miesięcznie, zarobek tygodniowy ustala się w ten sposób, że kwotę zarobku miesięcznego dzieli się przez 25, a otrzymaną sumę mnoży się przez 6. Jeżeli robotnik nie przepracował pełnego tygodnia, składki oblicza się od zarobku rzeczywiście otrzymanego za dnie przepracowane (najmniej jednak od 6 zł. tygodniowo). W każdym miesiącu kalendarzowym przyjmuje się taką ilość tygodni (4 lub 5 tygodni), ile sobót wypada w tym miesiącu kalendarzowym.

Jakie kwoty zarobków zalicza się do ubezpieczenia?

Wszyscy robotnicy, którzy podlegają obowiązkowi ubezpieczenia, są ubezpieczeni od zarobków, **co najmniej 6 zł. tygodniowo.** Jeżeli np. robotnik pracuje bezpłatnie, wzgląd-

nie jeżeli w danym tygodniu faktycznie zarobił mniej niż 6 zł., do ubezpieczenia zalicza mu się zarobek 6 zł. tygodniowo.

Najwyższe kwoty zarobków, które zalicza się robotnikom do ubezpieczenia wynoszą: **w ubezpieczeniu chorobowym i wypadkowym zł. 174.— tygodniowo, a w ubezpieczeniu emerytalnym robotniczym zł. 72.— tygodniowo.** Jeżeli np. robotnik zarabia tygodniowo zł. 200.—, to w ubezpieczeniu chorobowym i wypadkowym będzie ubezpieczony tylko od kwoty zarobków zł. 174.— tygodniowo, a w ubezpieczeniu emerytalnym robotniczym tylko od kwoty zarobków zł. 72.— tygodniowo. Od powyższych kwot zarobków tygodniowych opłaca się składki i w stosunku do tych kwot robotnik otrzymuje świadczenia.

Kto opłaca składki ubezpieczeniowe?

Za uiszczenie całkowitej składki do Ubezpieczalni odpowiedzialny jest pracodawca. Pracodawcy przysługuje prawo potrącenia robotnikowi przy wypłacie zarobków części składki, przypadającej na robotnika. Jeżeli jednak pracodawca nie potrącił robotnikowi przy wypłacie zarobków, przypadającej na niego części składki, to już traci później prawo dokonania tego potrącenia wstecz i w tym przypadku całą składkę musi pracodawca wpłacić z własnych funduszów.

Jaka jest wysokość składek?

Składkę za **ubezpieczenie wypadkowe** płaci całkowicie pracodawca, a zatem pracodawca nie ma prawa dokonywać z zarobku robotnika żadnych potrąceń na ten cel.

Cała składka za **ubezpieczenie chorobowe** wynosi 5% od zarobków, z czego połowa przypada na robotnika, a połowa na pracodawcę.

Ustawowa składka za **ubezpieczenie emerytalne** robotnicze wynosi:

za górników i hutników 5,8%, z czego na pracodawcę przypada 2,2%, **a na robotnika 3,6%.**

za wszystkich innych robotników 5,2%, z czego na pracodawcę przypada 1,9%, **a na robotnika 3,3%.**

Obecnie na okres przejściowy składka ta została obniżona i wynosi:

za górników i hutników 4,8%, z czego na pracodawcę przypada 1,9, **a na robotnika 2,9%;**

za wszystkich innych robotników 4,2%, z czego na pracodawcę przypada 1,6% **a na robotnika 2,6%.**

Za jakich robotników pracodawca opłaca całą składkę za ubezpieczenie?

Całą składkę pracodawca opłaca za ubezpieczenie wypadkowe; za ubezpieczenie zaś chorobowe i emerytalne robotnicze płaci pracodawca całą składkę tylko: 1) za robotników, którzy nie otrzymują za swoją pracę żadnego wynagrodzenia (pracują bezpłatnie), 2) za robotników, którzy otrzymują tylko utrzymanie, 3) za robotników, których zarobek dzienny nie przekracza zł. 2.—, a na obszarze województw wileńskiego, nowogródzkiego, poleskiego, wołyńskiego, tarnopolskiego, stanisławowskiego i lwowskiego (z wyjątkiem miast, liczących ponad 50 tysięcy mieszkańców) — 1 zł. 50 gr. dziennie.

IV. ŚWIADCZENIA NA WYPADEK CHOROBY I MACIERZYŃSTWA.

Kto ma prawo do świadczeń?

Do świadczeń mają prawo: sam robotnik (robotnica), jako ubezpieczony(a) i członkowie rodziny, a mianowicie:

1. żona lub niezdolny do zarobkowania mąż,
2. dzieci ślubne, uprawnione (legitymowane), przysposobione (przybrane), nieślubne i wnuki, wszyscy do ukończenia 16 lat, jeśli zaś kształcą się w zakładach naukowych publicznych lub mających prawo publiczności, najdłużej do ukończenia 21 roku życia, a w razie odbywania studiów w wyższych zakładach naukowych, do ukończenia 24 roku życia; jeżeli zaś są niezdolni do zarobkowania, mają prawo do świadczeń bez ograniczenia wieku.

Członkowie rodziny mogą korzystać ze świadczeń, jeżeli odpowiadają następującym warunkom:

a) zamieszkują we wspólnym gospodarstwie domowym z ubezpieczonym,

b) są wyłącznie i całkowicie przez niego utrzymywani,

c) nie podlegają obowiązkowi ubezpieczenia i nie są dobrowolnie ubezpieczeni.

Żona i dzieci nie muszą wspólnie zamieszkiwać z ubezpieczonym, aby mogły korzystać ze świadczeń. Dawne ubezpieczenie na wypadek choroby w byłych Kasach Chorych zapewniało pomoc członkom rodziny tylko wtedy, gdy byli utrzymywani przez ubezpieczonego wyłącznie z zarobku, od którego był ubezpieczony. Jeśli więc ubezpieczony miał poza zarobkiem jakiś inny dochód, na przykład: z gruntu lub domu własnego, wtedy rodzina nie miała prawa do świadczeń. Dzisiaj nie potrzeba, aby członkowie rodziny byli utrzymywani wyłącznie z zarobku ubezpieczonego. Nie będzie szkodziło np. prawom żony do świadczeń, jeżeli mąż ją utrzymuje nie tylko z płacy służbowej, ale i z innych dochodów.

Na równi z wymienionymi członkami rodziny mogą nabyć prawo do świadczeń najwyżej dwie osoby z pozostałej rodziny, np. starsze dziecko (ponad oznaczony wiek), brat, siostra, matka, ojciec, pasierb, mąż zdolny do zarobkowania, o ile odpowiadają warunkom, wymienionym pod a), b), c) i o ile zostaną zgłoszone do Ubezpieczalni Społecznej. Jeżeli ubezpieczony nie zgłosi żadnej osoby z pozostałej rodziny, ma prawo zgłosić jedną osobę obcą np. (żonę nieślubną) odpowiadającą co najmniej od 6 miesięcy warunkom pod a), b), c) wymienionym.

Uwaga! Członkowie **pozostałej** rodziny lub **osoba obca** nabywają prawa do świadczeń natychmiast po zgłoszeniu, o ile umieszczono je od razu na zgłoszeniu robotnika do ubezpieczenia. Jeżeli zgłosi się je osobno, nabywają prawa do świadczeń dopiero po 13 tygodniach od zgłoszenia osobnego. Jeśli zachorują w ciągu tych 13 tygodni, Ubezpieczalnia Społeczna odmówi świadczeń.

Co ma zrobić robotnik, aby członkowie jego rodziny mogli korzystać ze świadczeń?

Robotnik już przy rozpoczęciu pracy powinien podać pracodawcy członków swej rodziny (imiona, nazwiska i daty uro-

dzenia), aby pracodawca zgłosił ich równocześnie z robotnikiem do Ubezpieczalni Społecznej. Robotnik może również sam osobno zgłosić członków swej rodziny w Ubezpieczalni Społecznej. Uczynić to może na formularzu zgłoszeniowym (który otrzyma w Ubezpieczalni) lub w inny sposób. Zgłoszenia tego należy dokonać jak najwcześniej i zażądać wpisania członków rodziny do legitymacji, aby mieć zawczasu przed chorobą stwierdzone prawo do korzystania ze świadczeń. Ubezpieczalnia Społeczna wpisuje uprawnione osoby do legitymacji ubezpieczeniowej robotnika, a oprócz tego w odniesieniu do osób ponad 14 lat wkleja do legitymacji ich fotografie obok fotografii ubezpieczonego. Fotografii dostarcza ubezpieczony.

Która Ubezpieczalnia Społeczna udziela świadczeń?

Świadczeń udziela ta Ubezpieczalnia, w której robotnik jest ubezpieczony.

Osobom przebywającym poza okręgiem tej Ubezpieczalni, w której są ubezpieczone, udziela świadczeń Ubezpieczalnia Społeczna miejsca pobytu ubezpieczonego lub członka jego rodziny. Chory, wyjeżdżający na teren innej Ubezpieczalni Społecznej po zgłoszeniu się otrzyma z tej Ubezpieczalni, w której jest ubezpieczony — przekaz na leczenie do innej Ubezpieczalni, t. j. tej, do której okręgu wyjeżdża. Jeżeli ubezpieczony lub członek rodziny nie mają przekazu na leczenie w innej Ubezpieczalni, mogą otrzymać tymczasową pomoc, o ile wykażą swe prawa do świadczeń w inny sposób, np. okażą legitymację ubezpieczeniową, zaświadczenie pracodawcy i t. p. W wyjątkowych wypadkach, gdy Ubezpieczalnia nie może ani sama, ani przez drugą Ubezpieczalnię udzielić przebywającym poza jej okręgiem świadczeń w naturze, wtedy może wypłacać ryczałt dzienny od 1,75 zł. do 3,50 zł., ustalony dla każdej Ubezpieczalni w jej statucie. Ryczałt dzienny może być wypłacany zarówno ubezpieczonym, jak i członkom rodziny.

Do kogo należy zwracać się o pomoc lekarską?

W wypadku choroby należy się zgłosić o pomoc lekarską **do lekarza domowego,** któremu powierzono opiekę nad zdrowiem ubezpieczonych i członków ich rodzin w pewnym okręgu. Pamiętać należy, że lekarz domowy udziela porad nie tylko w czasie choroby ale udziela także wskazówek, jak postępować, aby chorobom zapobiegać.

Lekarzowi domowemu trzeba przedłożyć legitymację ubezpieczeniową, poświadczoną przez ostatniego pracodawcę. Zaświadczenie pracodawcy jest ważne dwa tygodnie jednak w razie dłuższego leczenia bez przerwy tej samej choroby nie trzeba odnawiać zaświadczenia pracodawcy.

Jeśli lekarz domowy uzna, że chorego należy skierować do lekarza specjalisty lub, że trzeba wykonać jakieś zabiegi rozpoznawcze lub inne, wtedy wyda odpowiednie zlecenie i pouczy, dokąd należy się udać.

W nagłych wypadkach (krwotoki, złamania) można się zwrócić o pomoc lekarską do któregokolwiek lekarza Ubezpieczalni.

Jakie korzyści (świadczenia) zapewnia ubezpieczenie na wypadek choroby ubezpieczonym i członkom rodzin?

Ubezpieczonym przysługuje prawo do:

1. pomocy leczniczej,
2. zasiłku chorobowego z dodatkami na dzieci,
3. leczenia szpitalnego,
4. zasiłku domowego z dodatkami na dzieci,
5. zasiłku szpitalnego,
6. zwrotu kosztów prywatnego leczenia,
7. zasiłku pogrzebowego.

Członkom rodziny przysługuje prawo do:

1. pomocy leczniczej,
2. leczenia szpitalnego,
3. zwrotu kosztów leczenia prywatnego,
4. zasiłku pogrzebowego.

Od kiedy przysługuje prawo do pomocy leczniczej dla ubezpieczonych i członków rodzin?

Prawo do pomocy leczniczej przysługuje ubezpieczonym i członkom rodzin od dnia powstania obowiązku ubezpieczenia, t. j. od dnia podjęcia takiego zatrudnienia, z powodu którego robotnik winien być ubezpieczony na wypadek choroby. Pomoc leczniczą uzyska więc robotnik (członek rodziny) nawet wtedy, gdy nie jest jeszcze zgłoszony do Ubezpieczalni, skoro tylko udowodni, że pozostaje w zatrudnieniu, uzasadniającym obowiązek ubezpieczenia. Wyjątek od tej zasady stanowią te osoby (członkowie pozostałej rodziny lub osoba obca), które — aby mieć prawo do świadczeń — muszą być zgłoszone w sposób wyjaśniony na stronie 22.

Jak długo udziela Ubezpieczalnia Społeczna pomocy leczniczej ubezpieczonym i członkom rodziny?

Ubezpieczonym udziela Ubezpieczalnia Społeczna pomocy leczniczej najdłużej przez 26 tygodni w każdym wypadku choroby.

Członkom rodziny ubezpieczonego udziela Ubezpieczalnia takiej samej pomocy leczniczej jak ubezpieczonym, najwyżej jednak przez 13 tygodni w każdym roku kalendarzowym.

Pomoc lecznicza obejmuje: a) opiekę lekarską, b) lekarstwa, środki opatrunkowe oraz środki pomocnicze, c) protezy.

Jakie dopłaty pobiera Ubezpieczalnia Społeczna przy udzielaniu pomocy leczniczej?

Ubezpieczalnia, udzielając pomocy leczniczej, pobiera następujące dopłaty:

a) za każdą poradę lekarską po 20 gr.,
b) za każdy zabieg leczniczy po 10 gr.,
c) za każde lekarstwo i środek pomocniczy po 10 gr.,
d) za każdy specyfik, to jest lekarstwo w oryginalnym fabrycznym opakowaniu po 30 gr.

Jeżeli zabiegu leczniczego dokonywa się jednocześnie z poradą, wówczas Ubezpieczalnia pobiera tylko 20 gr. Za kilka lekarstw, przepisanych przez lekarza przy poradzie lekarskiej, Ubezpieczalnia pobiera dopłatę po 10 gr. od każdego lekarstwa. Lekarstwa i środki pomocnicze, których koszt nie przekracza 5 zł., a protezy uznane za konieczne przez Komisję Lekarską, których koszt nie przekracza 15 zł., wydaje Ubezpieczalnia za dopłatą po 10 gr. Jeżeli lekarstwo lub środek pomocniczy kosztuje ponad 5 zł., a proteza ponad 15 zł., Ubezpieczalnia pokrywa 75% ich kosztów dla osób zarabiających do 75.— zł. tygodniowo, a 50% dla zarabiających ponad 75.— zł. tygodniowo. Najwyższy wydatek Ubezpieczalni na lekarstwo, środek pomocniczy lub protezę, może wynosić od 100 do 200 zł. Kwotę tę ustala statut każdej Ubezpieczalni.

Za jakie zabiegi i porady lekarskie Ubezpieczalnia Społeczna nie pobiera dopłat?

Ubezpieczalnia Społeczna nie pobiera dopłat za:

a) zabiegi chirurgiczne,
b) zabiegi rozpoznawcze,
c) naświetlania lampą kwarcową dzieci do lat 3 przeciwko krzywicy i gruźlicy gruczołowej oraz szczepienia ochronne,

d) porady lekarskie w chorobach:

1) wszystkich chorobach dzieci do końca 3 roku życia,

2) ostrych chorobach umysłowych,

3) zakaźnych, np. dur brzuszny, ospa, odra, płonica, krztusiec, błonica, czerwonka, róża, wąglik, wściekliznа, tężec, czynna gruźlica wszelkich postaci, choroby weneryczne, jaglica i inne;

4) chorobach ostrych, np. ostry gościec stawowy, zapalenie płatowe płuc, zapalenie zrazikowe płuc, atak kamicy żółciowej lub nerkowej, atak dusznicy bolesnej, ostre zapalenie wyrostka robaczkowego, ostre zapalenie ucha środkowego i inne;

5) nagłych wypadkach, np. otrucia, urazy i rany, zmiażdżenia, złamania i zwichnięcia większych stawów, wszelkie krwotoki, wylew krwawy do mózgu, uwięźnięta przepuklina, porażenie prądem elektrycznym i od pioruna, oparzenia i odmrożenia drugiego i trzeciego stopnia, ukąszenia zwierząt jadowitych, obce ciało w oku, uchu, krtani, tchawicy, nosie i przełyku i inne.

W jakich wypadkach Ubezpieczalnia Społeczna nie pobiera dopłat za lekarstwa?

Ubezpieczalnia nie pobiera dopłat za:

a) lekarstwa i środki opatrunkowe, zastosowane osobiście przez lekarza i pomocniczy personel lekarski,
b) surowice i szczepionki,
c) lekarstwa i środki opatrunkowe przepisane przy poradach z powodu chorób zwolnionych od opłat,
d) niektóre środki lecznicze, przepisane jako środki pojedyncze.

Którzy robotnicy są zwolnieni od uiszczania dopłat bez względu na rodzaj choroby?

Zwolnieni są od dopłat robotnicy:

a) leczący się z powodu wypadku w zatrudnieniu lub choroby zawodowej,

b) za których ustawowo obowiązani są płacić całkowitą składkę pracodawcy. Są to robotnicy nie otrzymujący wynagrodzenia lub tylko utrzymanie, albo zarabiający nie więcej niż 2.— zł., a na terenie województw wileńskiego, nowogródzkiego, poleskiego, wołyńskiego, tarnopolskiego, stanisławowskiego i lwowskiego (z wyjątkiem miast Wilna, Stanisławowa, Przemyśla i Lwowa) 1 zł. 50 gr. dziennie;

c) u których choroba powstała po ustaniu obowiązku ubezpieczenia, a mają prawo do pomocy leczniczej. Są to ci robotnicy, którzy przed zaprzestaniem pracy byli ubezpieczeni bez przerwy 10 tygodni lub z przerwami przez 30 tygodni w ciągu ostatnich 12 miesięcy, a zachorowali w ciągu trzech tygodni od zaprzestania pracy, oraz ci, którzy w ciągu czterech tygodni od zaprzestania pracy zachorują na jedną z następujących chorób: błonicę, cholerę, czerwonkę, dur brzuszny, dury rzekome, dur plamisty, dur powrotny, dżumę, kiłę, krztusiec, nosaciznę, odrę, ospę, płonicę, rzeżączkę, tężec, wąglik, włośnicę, wściekliznę, zapalenie opon mózgowych, świnkę, zimnicę;

d) niezdolni do pracy dłużej niż 4 tygodnie, poczynając od pierwszego dnia 5 tygodnia.

Od kiedy robotnik ma prawo do zasiłku chorobowego?

Ustawa powiada, że robotnik nabywa prawo do zasiłku chorobowego po 4 tygodniach podlegania obowiązkowi ubezpieczenia, to znaczy po 4 tygodniach pozostawania w stosunku pracy najemnej, z powodu której winien być ubezpieczony.

Przepis ten należy tłumaczyć następująco: Jeśli by się zdarzyło, że robotnik zachoruje przed upływem 4 tygodni podlegania obowiązkowi ubezpieczenia, a pozostawałby dalej mimo choroby w stosunku pracy najemnej, wówczas chwilowo będzie otrzymywał tylko pomoc leczniczą, a zasiłki dopiero po upływie 4 tygodni, t. j. od pierwszego dnia piątego tygodnia pozostawania w zatrudnieniu. Od pierwszego dnia zatrudnienia ma robotnik prawo do zasiłku, jeżeli z tytułu poprzedniej pracy już był ubezpieczony przez 26 tygodni w ciągu ostatnich 12 miesięcy, licząc od dnia powstania niezdolności do pracy. Również w razie wypadku w zatrudnieniu lub zapadnięcia na chorobę ostrą lub ostrą chorobę zakaźną, ma robotnik prawo do zasiłku bez względu na to, jak długo pozostawał w pracy, uzasadniającej obowiązek ubezpieczenia. Chałupnik nabywa prawo do pomocy leczniczej i do zasiłku chorobowego po upływie 4 tygodni ubezpieczenia.

Zasiłek chorobowy należy się za każdy dzień niezdolności do pracy wskutek choroby, nie wyłączając niedziel i świąt, nie dłużej niż 26 tygodni. Zasiłek chorobowy wypłaca się od czwartego dnia choroby połączonej z niezdolnością do pracy, gdy jednak niezdolność ta wystąpi później niż w trzecim dniu choroby, od pierwszego dnia niezdolności do pracy.

Ile wynosi tygodniowy zasiłek chorobowy?

Ustawa o ubezpieczeniu społecznym ustaliła wysokość zasiłku tygodniowego na 50% zarobku tygodniowego robotnika. Przewidziała jednak możliwość jego podniesienia do 60% zarobku. Ubezpieczalnie Społeczne skorzystały z tego przepisu i w drodze przepisu statutowego wprowadziły za zgodą Ministerstwa Opieki Społecznej podwyższenie zasiłku.

Zasiłek chorobowy wynosi obecnie tygodniowo 60% przeciętnego tygodniowego zarobku z okresu pracy w ciągu ostatnich 13 tygodni przed zachorowaniem.

Przykład: Jeżeli robotnik w ciągu ostatnich 13 tygodni przed zachorowaniem pracował przez 4 tygodnie, w ciągu których zarobił 200 zł., przeciętny zarobek tygodniowy, będący podstawą do obliczenia zasiłku

równać się będzie 200 : 4 = 50. Gdy od tej kwoty obliczymy 60% otrzymamy tygodniowo zasiłek, wynoszący 30 zł. Zasiłek dzienny równa się 1/7 zasiłku tygodniowego 30 : 7 = 4,28 zł.

Kiedy robotnik ma prawo do dodatków do zasiłku na dzieci i ile wynosi taki dodatek?

Gdy robotnik ma na utrzymaniu więcej niż dwoje dzieci, otrzymuje dodatek do zasiłku w wysokości 5% przeciętnego zarobku tygodniowego na każde dziecko, poczynając od trzeciego. Zasiłek razem z dodatkami nie może przewyższać 75% przeciętnego zarobku tygodniowego. Z tego wynika, że robotnik może otrzymać dodatek dopiero, gdy ma troje dzieci, bo dodatek wypłaca się od trzeciego dziecka. Najwyżej może dostać dodatek za trzecie, czwarte i piąte dziecko, to jest potrójny dodatek, ponieważ maksymalna granica 75% przy większej ilości dodatków byłaby przekroczona. Dodatek na dzieci wynosi dziennie 1/7 część dodatku tygodniowego.

Przykład: Robotnik, zarabiający przeciętnie 50 zł. tygodniowo, mający troje dzieci na utrzymaniu, otrzyma oprócz zasiłku tygodniowego wynoszcego 30 zł., dodatek (5% od 50 zł.), to jest 2,50, razem 32,50 zł. Jeśli będzie miał czworo dzieci, otrzyma oprócz zasiłku 30 zł. dwa dodatki, t. j. 5 zł., razem 35 zł. Przy pięciorgu dzieci otrzyma trzy dodatki, to jest razem z zasiłkiem 37,50 zł., co wynosi 75% przeciętnego zarobku tygodniowego. Dodatek za jeden dzień równa się 1/7 dodatku tygodniowego.

Kiedy robotnikowi nie przysługuje prawo do zasiłków?

Nie mają prawa do zasiłków chorobowych, szpitalnych i domowych robotnicy w okresie czasu, za który otrzymują na podstawie przepisów służbowych lub umowy zbiorowej całkowite wynagrodzenie. Nie otrzymują również zasiłków terminatorzy, praktykanci, uczniowie i inni robotnicy nie otrzymujący wynagrodzenia. Robotnik będzie miał prawo do zasiłków, choćby pobierał całkowite wynagrodzenie na innej podstawie, niż przepisy służbowe i umowa zbiorowa, n. p. robotnik taki, który zawiera sam umowę o pracę tak zwaną umowę indywidualną, będzie miał prawo do zasiłku chorobowego, chociażby według tej umowy w czasie choroby pobierał całkowite wynagrodzenie.

Kiedy Ubezpieczalnia Społeczna może udzielać leczenia szpitalnego?

Ubezpieczalnia może, za zgodą chorego **robotnika,** udzielać mu leczenia i utrzymania szpitalnego zamiast pomocy leczniczej i zasiłku chorobowego. Bez zgody chorego Ubezpieczalnia może zarządzić umieszczenie chorego w szpitalu gdy: 1) rodzaj choroby tego wymaga, 2) choroba jest zakaźna, 3) stan chorego wymaga nadzoru, 4) chory przekroczy regulamin dla chorych i nie stosował się do poleceń lekarza.

Ubezpieczalnia może udzielać **członkom rodziny** leczenia szpitalnego na zlecenie lekarza Ubezpeiczalnia najdłużej przez 13 tygodni w roku kalendarzowym i tylko w wypadkach: a) gdy rodzaj choroby wymaga leczenia, które w domu jest niemożliwe, b) gdy choroba jest zakaźna, c) gdy stan chorego wymaga stałego nadzoru.

Kto ma prawo do zasiłku domowego i szpitalnego — i ile wynoszą te zasiłki?

Robotnik, leczony w szpitalu, mający na utrzymaniu przynajmniej jedną osobę, zamieszkującą razem z nim, otrzymuje zasiłek domowy w wysokości połowy zasiłku chorobowego, jednakże dodatki na dzieci wypłacane są w całości. Robotnik, leczony w szpitalu, nie mający prawa do zasiłku domowego, otrzymuje zasiłek szpitalny w wysokości 1/5 zasiłku chorobowego.

Kiedy Ubezpieczalnia zwraca koszty prywatnego leczenia?

Ubezpieczalnia jest zobowiązana sama udzielać pomocy leczniczej przez własnych lekarzy, a nie pokrywać koszty leczenia przez prywatnych lekarzy. Dlatego też jedynie w wyjątkowych wypadkach Ubezpieczalnia Społeczna zwraca koszty, spowodowane wezwaniem prywatnego lekarza. Stać się to może jedynie, gdy 1) wypadek był nagły, 2) zwrócenie się do lekarza Ubezpieczalni było niemożliwe, a zwłoka groziłaby niebezpieczeństwem i 3) jeżeli Ubezpieczalnia została zawiadomiona o wezwaniu lekarza prywatnego, najpóźniej w ciągu 5 dni od tego wezwania. Żądanie zwrotu będzie uzasadnione wtedy, gdy spełnione będą wszystkie te warunki razem.

Kto ma prawo do zasiłku pogrzebowego i ile wynosi ten zasiłek?

W razie śmierci robotnika, Ubezpieczalnia wypłaca zasiłek pogrzebowy w wysokości 3-krotnej ostatniego tygodniowego zarobku ubezpieczonego. Z zasiłku pogrzebowego wypłaca się przede wszystkim koszty pogrzebu temu, który je faktycznie pokrył. O ile pozostaje reszta, prawo do jej otrzymania mają kolejno: żona lub mąż, dzieci, wnuki i członkowie pozostałej rodziny, jeżeli żyli z nim we wspólnym gospodarstwie domowym lub byli przez niego utrzymywani.

W razie śmierci członka rodziny, Ubezpieczalnia wypłaca zasiłek pogrzebowy w wysokości połowy 3-tygodniowego zarobku ubezpieczonego.

Kiedy Ubezpieczalnia przestaje przyznawać świadczenia?

Ubezpieczalnia przestaje przyznawać świadczenia z dniem ustania obowiązku ubezpieczenia. Dniem tym będzie przeważnie dzień rozwiązania stosunku pracy najemnej, t. j. dzień, w którym robotnik przestał być pracownikiem u danego pracodawcy. Dniem ustania obowiązku ubezpieczenia może być również dzień śmierci ubezpieczonego lub dzień przejścia do takiej pracy, która nie pociąga za sobą obowiązku ubezpieczenia na wypadek choroby i macierzyństwa.

W jakich przypadkach udziela Ubezpieczalnia świadczeń pomimo ustania obowiązku ubezpieczenia?

1. Osobom, które były ubezpieczone co najmniej przez 10 ostatnich tygodni bez przerwy, lub w ciągu ostatnich 12 miesięcy, przynajmniej 30 tygodni z przerwami, Ubezpieczalnia udziela tylko **pomocy leczniczej** przez czas nie dłuższy niż 13 tygodni, jeżeli wypadek choroby zajdzie w ciągu trzech tygodni od dnia ustania obowiązku ubezpieczenia.

2. W wypadkach chorób takich, których objawy nie od razu występują, np. błonica, czerwonka, dur brzuszny, kiła, krztusiec, odra, płonica, rzeżączka, tężec, wąglik i innych, wymienionych na stronie 28 pod literą c. — Ubezpieczalnia udziela świadczeń, jeżeli wypadek choroby zajdzie w ciągu 4 tygodni od ustania obowiązku ubezpieczenia.

W przypadkach tych ubezpieczone osoby mogą być leczone w szpitalach tylko wtedy, gdy Ubezpieczalnia uzna to za konieczne, gdy nie może im w inny sposób zapewnić należytej pomocy leczniczej lub gdy odmowa leczenia szpitalnego równałaby się odmowie leczenia w ogólności.

Gdy członkowie rodziny robotnika zachorują po ustaniu obowiązku ubezpieczenia **nie mają prawa do pomocy leczniczej.**

Jedyny wyjątek, że i członkowie rodziny będą mieli prawo do świadczeń po ustaniu obowiązku ubezpieczenia, stanowi: zachorowanie w ciągu czterech tygodni na jedną z chorób wymienionych na stronie 28 pod literą c.

Robotnicy i członkowie rodzin mogą korzystać z pełnych świadczeń, **gdy zaczęli się leczyć przed dniem ustania obowiązku ubezpieczenia.**

Jakie korzyści (świadczenia) zapewnia ubezpieczenie na wypadek macierzyństwa ubezpieczonym i członkom rodzin?

Ubezpieczonym przysługuje prawo do:

1. bezpłatnej pomocy leczniczej i położniczej,
2. zasiłku połogowego,
3. zasiłku pokarmowego.

Członkiniom rodziny przysługuje prawo do:

1. bezpłatnej pomocy leczniczej i położniczej,
2. zasiłku pokarmowego.

Jakie są warunki udzielania pomocy położnicom?

Położnicom (zarówno ubezpieczonym jak i członkiniom rodzin) Ubezpieczalnia udziela bezpłatnej pomocy leczniczej i położniczej bez względu na czas ubezpieczenia lub zatrudnienia, uzasadniającego obowiązek ubezpieczenia. Pomocy tej udziela Ubezpieczalnia Społeczna przed porodem, w czasie porodu i po porodzie.

Ubezpieczalnia nie pobiera żadnych dopłat przy udzielaniu pomocy położnicom. Zwolnienie od dopłaty odnosi się zarówno do porad lekarskich, zabiegów, środków opatrunkowych i wszelkich innych lekarstw.

Kiedy ubezpieczona (położnica) ma prawo do zasiłku połogowego i ile wynosi ten zasiłek?

Ubezpieczona położnica ma prawo do zasiłku połogowego, o ile w ciągu ostatnich 12 miesięcy przed porodem pozostawała co najmniej przez 4 miesiące w zatrudnieniu, uzasadniającym obowiązek ubezpieczenia. Zasiłek połogowy wynosi 75% przeciętnego zarobku tygodniowego z ostatnich 13 tygodni pracy. Zasiłek ten wypłaca się przez 8 tygodni, z których przynajmniej 6 tygodni powinno wypadać po porodzie. Do otrzymania zasiłku połogowego nie potrzeba, aby położnica była uznana za niezdolną do pracy, wystarczy jeśli się wstrzyma od wykonywania pracy w tym okresie, kiedy jej przysługuje prawo do zasiłku. Jeżeli przed pobieraniem lub po pobraniu zasiłku połogowego, położnica byłaby uznana za niezdolną do pracy, należy się jej zasiłek chorobowy niezależnie od zasiłku połogowego.

Położnica (robotnica) pobierająca w okresie zasiłku połogowego całkowite wynagrodzenie na podstawie przepisów służbowych lub umowy zbiorowej, **nie ma prawa do zasiłku.** Gdy jednak pobiera wynagrodzenie na innej podstawie niż umowa zbiorowa lub przepisy służbowe, ma prawo do zasiłku połogowego.

Kiedy położnica ma prawo do zasiłku pokarmowego i ile wynosi ten zasiłek?

Ubezpieczona (położnica) ma prawo do zasiłku pokarmowego, o ile karmi dziecko i o ile w ciągu ostatnich 12 miesięcy przed porodem, pozostawała co najmniej przez 4 miesiące w zajęciu, uzasadniającym obowiązek ubezpieczenia. Ubezpieczalnia udziela zasiłku pokarmowego w ilości 1 litra mleka dziennie lub **równowartości w gotówce.** Zasiłek ten należy się przez czas karmienia najwyżej przez 12 tygodni, poczynając od ukończenia pobierania zasiłku połogowego.

Członkiniom rodzin przysługuje prawo do zasiłku pokarmowego bez względu na okres ubezpieczenia lub zatrudnienia, uzasadniającego obowiązek ubezpieczenia. Zasiłek ten należy się przez czas karmienia, najwyżej przez 12 tygodni, licząc od dnia porodu i wynosi połowę zasiłku dla ubezpieczonych położnic, t. j. pół litra mleka dziennie lub **równowartość w gotówce.**

Które robotnice mają prawo do pomocy leczniczej i położniczej pomimo ustania obowiązku ubezpieczenia?

Robotnice (b. ubezpieczone), które przed dniem ustania obowiązku ubezpieczenia pozostawały przynajmniej przez 4 miesiące w zajęciu, uzasadniającym obowiązek ubezpieczenia, mają prawo do bezpłatnej pomocy leczniczej i położniczej, jeżeli poród nastąpi w ciągu 4 tygodni od dnia ustania obowiązku ubezpieczenia.

W jakim okresie czasu przedawniają się prawa do świadczeń z ubezpieczenia na wypadek choroby i macierzyństwa?

O należne świadczenia robotnik (robotnica) winien się starać najpóźniej w ciągu 6 miesięcy, bo po upływie tego czasu przedawnia się prawo do świadczeń. Czas przedawnienia zaczyna się liczyć od dnia, za który należy się dane świadczenie.

Np. zasiłek przedawni się po 6 miesiącach od dnia, za który się należał

Kiedy przysługuje odwołanie od decyzji Ubezpieczalni do Komisji Rozjemczej?

Odwołanie do Komisji Rozjemczej przysługuje we wszystkich przypadkach całkowitego lub częściowego odmówienia świadczeń przez Ubezpieczalnię Społeczną. Innymi słowami mówiąc: odwołanie do Komisji Rozjemczej przysługuje zawsze, gdy ubezpieczony lub członek rodziny czują się pokrzywdzeni decyzją Ubezpieczalni Społecznej w sprawie świadczeń z ubezpieczenia na wypadek choroby i macierzyństwa. Odwołanie można wnieść najpóźniej w ciągu 30 dni od doręczenia decyzji Ubezpieczalni Społecznej. Odwołanie do Komisji Rozjemczej składa się Ubezpieczalni Społecznej.

V. ŚWIADCZENIA EMERYTALNE ROBOTNICZE.

Jakie korzyści (świadczenia) zapewnia ubezpieczenie emerytalne robotników?

Ubezpieczony ma prawo do następujących świadczeń:

1. do renty inwalidzkiej z dodatkami na dzieci,
2. do dalszej pomocy leczniczej.

Członkowie rodziny ubezpieczonego mają prawo do następujących świadczeń:

1. do jednorazowej zapomogi po śmierci ubezpieczonego lub pobierającego rentę,
2. do renty wdowiej (wdowca),
3. do jednorazowej odprawy wdowiej z powodu ponownego zamążpójścia,
4. do renty sierocej.

Gdzie należy zgłaszać wnioski (podania) o świadczenia?

Wnioski (podania) o świadczenia wyżej wymienione należy zgłaszać zawsze w miejscowej Ubezpieczalni Społecznej (lub jej oddziale bądź jej ekspozyturze), t. j. w Ubezpieczalni, w okręgu której zgłaszający wniosek ostatnio był ubezpieczony, bądź

w okręgu której zamieszkuje. Wniosek o świadczenia można zgłaszać pisemnie lub ustnie. Ubezpieczalnia Społeczna udziela także wszelkich informacyj o przysługujących świadczeniach i o sposobie ich uzyskiwania.

Kiedy przysługuje prawo do renty inwalidzkiej?

Prawo do renty inwalidzkiej przysługuje robotnikowi, który:

1. ukończył 65 lat życia, a przed ukończeniem tego wieku, jeżeli utracił z powodu choroby, ułomności, lub upadku sił zdolność do pracy w stopniu ponad 2/3 (tj. ponad $66^{2}/_{3}\%$),
2. przebył po dniu 1. I. 1934 r. w ubezpieczeniu emerytalnym robotników co najmniej 200 tygodni.

Jednakże posiadanie 200 lub więcej tygodni ubezpieczenia nie daje jeszcze prawa do renty. Ustawa bowiem wymaga, aby wspomniane 200 tygodni ubezpieczenia przypadało na ostatnie 10 lat przed ukończeniem 65 roku życia lub utratą zdolności do pracy, z czego co najmniej 50 tygodni ubezpieczenia na ostatnie 3 lata przed ukończeniem 65 roku życia lub utratą zdolności do pracy.

Na przykład: Robotnik, który był ubezpieczony od 10 stycznia 1934 r., kończy w dniu 15.7. 1942 r. 65 lat życia. Posiada 200 tygodni ubezpieczenia, z czego 50 tygodni w czasie od 15.7.1939 r. do 15.7.1942 r., to jest w ostatnich 3 latach przed ukończeniem 65 roku życia. Ma prawo do renty, gdyż spełnia wymagane przez ustawę warunki.

Jednakże, gdyby robotnik ten nie posiadał w ostatnich trzech latach przed ukończeniem 65 roku życia co najmniej 50 tygodni ubezpieczenia (i w czasie przerwy w ubezpieczeniu nie rejestrował się jako bezrobotny), nie miałby prawa do renty, chociaż ma 200 tygodni ubezpieczenia i ukończył 65 lat życia.

Prawo bowiem do renty istnieje tylko wówczas, jeżeli są spełnione jednocześnie wszystkie wymagane przez ustawę warunki.

Uwaga: W razie przerwy w ubezpieczeniu z powodu bezrobocia należy dla zachowania prawa do świadczeń z ubezpieczenia rejestrować się w biurze pośrednictwa pracy (w Wojewódzkim Biurze Funduszu Pracy, jego oddziale, ekspozyturze lub instytucji zastępczej, rejestrującej bezrobotnych). Udowodnione bowiem zaświadczeniami urzędu pośrednictwa pracy okresy pozostawania bez pracy, jak również czas pobierania zasiłku z Ubezpieczalni Społecznej, czas pobierania renty wypadkowej, w wysokości nie mniejszej jak 40% renty wypadkowej pełnej, oraz czas obowiąz

kowej służby wojskowej, chociaż nie są liczone jako tygodnie składkowe to jednak nie przerywają ciągłości ubezpieczenia, t. zn., że nie są brane pod uwagę przy ustalaniu, czy ubezpieczony posiada 200 tygodni ubezpieczenia w ostatnich 10 latach przed ukończeniem 65 roku życia lub utratą zdolności do pracy, bądź 50 tygodni ubezpieczenia w ostatnich 3 latach przed ukończeniem 65 roku życia lub utratą zdolności do pracy.

Warunek posiadania 200 tygodni ubezpieczenia w ostatnich 10 latach przed ukończeniem 65 roku życia lub utratą zdolności do pracy, z czego 50 tygodni w ostatnich 3 latach przed ukończeniem 65 roku życia lub utratą zdolności do pracy, nie jest wymagany, jeżeli robotnik posiada 1000 tygodni ubezpieczenia, lub taką ilość tygodni ubezpieczenia (co najmniej 200), która wynosi $^3/_4$ czasu pomiędzy wstąpieniem po raz pierwszy do ubezpieczenia a ukończeniem 65 roku życia lub utratą zdolności do pracy.

Na przykład: Robotnik, ubezpieczony od dnia 6.2. 1934 r. został uznany za niezdolnego do pracy od dnia 8.2. 1950 r. Robotnik ten posiada 626 tygodni ubezpieczenia, jednakże w ostatnich trzech latach przed uznaniem go za niezdolnego do pracy nie posiada co najmniej 50 tygodni ubezpieczenia i nie rejestrował się w czasie przerwy w ubezpieczeniu jako bezrobotny. Nie spełnia wymaganego przez ustawę warunku, a pomimo to ma prawo do renty, ponieważ posiada taką ilość tygodni ubezpieczenia, która wynosi $^3/_4$ czasu pomiędzy wstąpieniem do ubezpieczenia, a datą uznania go za niezdolnego do pracy.

Rachunek: od 6.2. 1934 r. do 8.2. 1950 r. upływa 832 tygodnie czasu; $^3/_4$ z 832 tygodni wynosi 624 tygodni, a robotnik posiada 626 tygodni ubezpieczenia. Ma więc zachowane prawo do renty przez tak zw. $^3/_4$.

Dla górników i hutników, którzy płacą wyższą składkę ubezpieczeniową, ustawa przewiduje uzyskanie renty w pewnych przypadkach na warunkach ulgowych.

Górnik lub hutnik, który ma 600 tygodni pracy w górnictwie lub hutnictwie, ma prawo do renty już w razie niezdolności do pracy w stopniu ponad połowę (t. j. ponad 50%), jeżeli po 1.1. 1934 r. posiada co najmniej 200 tygodni ubezpieczenia ze składką, przewidzianą dla górników i hutników (wyższą), z czego co najmniej 50 tygodni w ostatnich 4 latach przed utratą zdolności do pracy.

Na przykład: Górnik lub hutnik, który pracował w górnictwie lub hutnictwie ogółem 630 tygodni, z czego 215 tygodni po 1.1.1934 r., stał się niezdolny do pracy ponad połowę (t. j. ponad 50%) od dnia 1.8.1940 r.

W czasie pracy po 1.1.1934 r. był ubezpieczony, posiada zatem 215 tygodni ubezpieczenia, z czego 50 tygodni przypada na ostatnie 4 lata przed utratą zdolności do pracy, t. j. przed dniem 1.8.1940 r. Ma prawo do renty, gdyż wypełnia wymagane przez ustawę warunki.

Górnik lub hutnik ma prawo do renty już z chwilą ukończenia 60 roku życia (bez względu na zdolność do pracy), jeżeli posiada 750 tygodni ubezpieczenia ze składką, przewidzianą dla górników i hutników, z czego 200 tygodni w ostatnich 10 latach, a 50 tygodni w ostatnich 3 latach przed ukończeniem 60 roku życia, lub jeżeli:

1. posiada po 1.1.1934 r. co najmniej 200 tygodni ubezpieczenia, z czego co najmniej 50 tygodni w ostatnich 3 latach przed ukończeniem 60 roku życia, oraz
2. ma w czasie tego ubezpieczenia taką ilość tygodni ubezpieczenia ze składką, przewidzianą dla górników i hutników, która wynosi 2/3 czasu pomiędzy 1.1.1934 r. a ukończeniem 60 roku życia.

Jeżeli górnik lub hutnik będzie posiadać po 1.1.1934 r. 200 tygodni ubezpieczenia dopiero po ukończeniu 60 roku życia (na przykład w 63 roku życia), wówczas będzie miał prawo do renty z chwilą uzyskania 200 tygodni ubezpieczenia, jeżeli przy tym ma wspomniane wyżej 2/3 tygodni ubezpieczenia ze składką, przewidzianą dla górników i hutników, w czasie pomiędzy 1.1.1934 r. a chwilą uzyskania 200 tygodni ubezpieczenia.

Na przykład: Górnik lub hutnik, który kończy 60 rok życia w dniu 28.4.1941 r., posiada po 1.1.1934 r. 276 tygodni ubezpieczenia, z czego 50 tygodni w ostatnich 3 latach przed ukończeniem 60 roku życia. Z tych 276 tygodni ubezpieczenia przypada 256 tygodni ze składką, przewidzianą dla górników i hutników. Górnik ten (lub hutnik) ma prawo do renty już z chwilą ukończenia 60 roku życia, ponieważ posiada taką ilość tygodni ubezpieczenia ze składką, przewidzianą dla górników i hutników, która wynosi $^2/_3$ czasu pomiędzy 1.1.1934 r. a ukończeniem 60 roku życia.

Rachunek: od 1.1.1934 r. do 28.4.1941 r. (tj. do ukończenia 60 roku życia) upływa 381 tygodni; $^2/_3$ z 381 tygodni wynosi 254 tygodnie, a górnik (lub hutnik) posiada 256 tygodni ubezpieczenia ze składką wyższą.

Z czego składa się renta inwalidzka?

Renta inwalidzka składa się z kwoty zasadniczej i kwoty indywidualnej.

Kwota zasadnicza jest jednakowa dla wszystkich rent, przyznanych w danym roku kalendarzowym. Wysokość kwoty indywidualnej zależy od przeciętnego zarobku ubezpieczonego robotnika oraz od ilości tygodni ubezpieczenia. Wysokość kwoty indywidualnej wynosi 10% przeciętnego miesięcznego zarobku robotnika, a po osiągnięciu 416 tygodni składkowych wzrasta i dochodzi do 40% przeciętnego zarobku miesięcznego po przebyciu w ubezpieczeniu 1872 tygodni składkowych. Renta jednak inwalidzka (kwota zasadnicza wraz z kwotą indywidualną) nie może przewyższać 80% przeciętnego miesięcznego zarobku ubezpieczonego robotnika.

Jakie dodatki i dopłaty przysługują do renty inwalidzkiej?

Otrzymujący rentę inwalidzką ma prawo do dodatku na każde dziecko w wysokości 1/10 kwoty zasadniczej i kwoty indywidualnej renty (tej ostatniej, obliczonej tylko w wysokości 10% przeciętnego miesięcznego zarobku).

Dodatki na dzieci należą się do czasu ukończenia przez chłopców 17 lat, a przez dziewczęta — 18 lat życia. Jeżeli jednakże dziecko jest całkowicie niezdolne do zarobkowania wskutek ułomności fizycznej lub umysłowej — wówczas dodatek na dzieci przysługuje na cały czas trwania tej niezdolności, pod warunkiem, że niezdolność ta powstała przed osiągnięciem przez dziecko 17, względnie 18 lat życia. Na dzieci, które wstąpiły w związek małżeński, dodatek nie przysługuje.

Robotnik, którego przeciętny zarobek tygodniowy wynosił mniej niż 36 zł., otrzymuje do renty specjalną dopłatę.

Dopłata ta wynosi:

48 zł. rocznie (4 zł. mies.), jeżeli zarobek tygodniowy wynosił do 12 zł.,

36 zł. rocznie (3 zł. mies.), jeżeli zarobek tygodniowy wynosił od 12 do 17 zł.,

24 zł. rocznie (2 zł. mies.), jeżeli zarobek tygodniowy wynosił od 17 do 24 zł.,

12 zł. rocznie (1 zł. mies.), jeżeli zarobek tygodniowy wynosił od 24 do 36 zł.

Jakie dokumenty należy dołączyć do wniosku o rentę inwalidzką?

Do wniosku o rentę inwalidzką należy dołączyć:

1. legitymację ubezpieczeniową,
2. metrykę urodzenia,
3. zaświadczenie ostatniego pracodawcy o zwolnieniu z pracy z podaniem powodów zwolnienia,
4. metryki urodzenia dzieci w wieku poniżej lat 17 (chłopcy), lub 18 (dziewczęta).

Kiedy renta inwalidzka ustaje, ulega wstrzymaniu i ograniczeniu?

Renta ustaje ze śmiercią otrzymującego rentę.

Renta zostaje wstrzymana (odebrana) jeżeli badanie lekarskie wykaże, że otrzymujący rentę nie jest już niezdolny do pracy w stopniu wymaganym przez ustawę (ponad 2/3, a dla górników i hutników w pewnych przypadkach ponad połowę).

Jeżeli rencista ulega karze pozbawienia wolności (aresztu, więzienia) na czas dłuższy, niż jeden miesiąc — wówczas traci na ten czas prawo do pobierania renty. W tym jednak przypadku $^3/_4$ renty przekazuje się osobom (żonie, dzieciom, rodzicom), które są na jego utrzymaniu.

Jeżeli robotnik ma prawo do renty inwalidzkiej i wypadkowej, wówczas renta inwalidzka zostaje obniżona o połowę renty wypadkowej. Np. gdy renta inwalidzka wynosi 30 zł., a renta wypadkowa 40 zł. miesięcznie, rencista będzie otrzymywał tytułem renty inwalidzkiej tylko 10 zł. miesięcznie.

Robotnik nie ma prawa do renty, jeżeli z chęci uzyskania renty rozmyślnie spowodował niezdolność swą do pracy (in-

walidztwo). W tym jednak przypadku Zakład Ubezpieczeń Społecznych może, (lecz nie musi), przyznać osobom (żonie, dzieciom, rodzicom), które pozostawały na utrzymaniu takiego robotnika, wsparcie w wysokości 3/4 renty, jeżeli osoby te nie posiadają niezbędnych środków do życia.

Kiedy przysługuje ubezpieczonemu dalsza pomoc lecznicza?

Robotnik, który wskutek **tej samej choroby** (choroba długotrwała) jest niezdolny do pracy dłużej niż 26 tygodni, ma prawo, **po wykorzystaniu** pomocy leczniczej z Ubezpieczalni Społecznej, do dalszej pomocy leczniczej z Zakładu Ubezpieczeń Społecznych. Pomoc ta jednak przysługuje mu tylko wówczas, jeżeli posiada 200 tygodni ubezpieczenia w ostatnich 10 latach przed zachorowaniem. Wnioski o udzielenie tej pomocy należy zgłaszać do miejscowej Ubezpieczalni Społecznej.

Kiedy przysługuje renta członkom rodziny ubezpieczonego lub rencisty?

Pozostali po ubezpieczonym lub renciście członkowie rodziny (wdowa, wdowiec, sieroty), **mają prawo do renty tylko wówczas, jeżeli zmarły ubezpieczony (mąż, żona, ojciec, matka) otrzymywał rentę lub miał do niej prawo w chwili śmierci.** Jeżeli zmarły ubezpieczony w chwili śmierci renty nie otrzymywał i nie miał do niej prawa (kiedy ubezpieczony ma prawo do renty — patrz wyżej), **wówczas członkowie jego rodziny nie mogą uzyskać renty, chociaż by odpowiadali innym wymaganym przez ustawę warunkom.** Poza tym członkowie rodziny nie mogą również uzyskać renty, jeżeli zostanie stwierdzone wyrokiem karno - sądowym ich rozmyślne działanie lub współdziałanie w celu spowodowania śmierci osoby, po której mieliby otrzymać rentę.

Kto ma prawo do zapomogi pośmiertnej i ile ta zapomoga wynosi?

W razie śmierci ubezpieczonego lub rencisty przysługuje pozostałej po nim rodzinie jednorazowa zapomoga pośmiertna.

Do zapomogi tej mają prawo: pozostały przy życiu małżonek (mąż, żona), a gdy ten nie żyje — dzieci, gdy i dzieci nie ma — pozostała rodzina, a to w następującej kolejności: najpierw rodzice, potem dziadkowie, potem wnukowie, a wreszcie rodzeństwo. Jeżeli jednak wnukowie pozostawali na wyłącznym utrzymaniu zmarłego, mają pierwszeństwo do tej zapomogi przed rodzicami, dziadkami i rodzeństwem. Zapomoga pośmiertna wynosi tyle, ile wynosił zarobek miesięczny, według którego zmarły był ostatnio ubezpieczony, najmniej jednak 75 zł. a najwyżej 312 zł. Prawo do tej zapomogi jest niezależne od prawa do zasiłku pogrzebowego z ubezpieczenia chorobowego. Jeżeli prawo do jednorazowej zapomogi pośmiertnej przysługuje z ubezpieczenia emerytalnego robotników i z ubezpieczenia od wypadków, wypłaca się tylko jedną zapomogę, a mianowicie zapomogę z ubezpieczenia od wypadków.

Jakie dokumenty należy dołączyć do wniosku o zapomogę pośmiertną?

Do wniosku o jednorazową zapomogę pośmiertną należy dołączyć:

1. metrykę śmierci ubezpieczonego lub rencisty,
2. dokumenty stanu cywilnego, stwierdzające stopień pokrewieństwa ze zmarłym ubezpieczonym lub rencistą,
3. zaświadczenie władzy administracyjnej (zarządu gminy, zarządu miasta, starostwa), stwierdzające, że po zmarłym nie pozostały osoby mające pierwszeństwo do zapomogi przed zgłaszającymi wniosek.

Kiedy wdowa ma prawo do renty wdowiej?

Wdowa ma prawo do renty wdowiej z chwilą ukończenia 60 roku życia, a przed ukończeniem tego wieku, jeżeli z powodu choroby, ułomności lub upadku sił utraciła zdolność do pracy w stopniu ponad 2/3 (t. j. ponad $66^2/_3\%$). Wdowa po górniku lub

hutniku, który pracował w górnictwie lub hutnictwie przez okres co najmniej 600 tygodni i który w czasie tej pracy posiadał po dniu 1 I. 1934 r. co najmniej 200 tygodni ubezpieczenia ze składką, przewidzianą dla górników i hutników (wyższą), z czego 50 tygodni w ostatnich 4 latach przed dniem śmierci, ma prawo do renty wdowiej już z chwilą ukończenia 50 roku życia. To samo ma miejsce, jeżeli taki górnik lub hutnik otrzymywał już rentę.

Kiedy wdowiec ma prawo do renty wdowca?

Wdowiec ma prawo do renty wdowca z chwilą ukończenia 60 roku życia, a przed ukończeniem tego wieku, jeżeli z powodu ułomności lub upadku sił jest niezdolny do pracy w stopniu ponad 2/3 (t. j. ponad 66⅔%). **Jednak wdowiec ma prawo do renty tylko wówczas, jeżeli był wyłącznie i całkowicie przez zmarłą ubezpieczoną żonę utrzymywany.**

Ile wynosi renta wdowia (wdowca)?

Renta wdowia (wdowca) wynosi połowę renty, którą otrzymywał zmarły lub do której miałby prawo w chwili śmierci, jednakże bez dodatków na dzieci oraz bez specjalnej dopłaty do renty. Jeżeli przeciętny zarobek tygodniowy zmarłego (męża, żony) nie przekraczał 36 zł., wówczas do renty wdowiej (wdowca) dochodzi dopłata. Dopłata ta wynosi:

39 zł. rocznie (3.25 zł. mies.), jeżeli zarobek tygodniowy wynosił do 12 zł.,

30 zł. rocznie (2.50 zł. mies.), jeżeli zarobek tygodniowy wynosił od 12 do 17 zł.,

24 zł. rocznie (2.— zł. mies.), jeżeli zarobek tygodniowy wynosił od 17 do 24 zł.,

12 zł. rocznie (1.— zł. mies.), jeżeli zarobek tygodniowy wynosił od 24 do 36 zł.

Jakie dokumenty należy dołączyć do wniosku o rentę wdowią (wdowca)?

Do wniosku o rentę wdowią (wdowca) należy dołączyć:

1. legitymację ubezpieczeniową zmarłego męża (żony),
2. metrykę śmierci,
3. metrykę ślubu,
4. metrykę urodzenia wdowy (wdowca), jeżeli data urodzenia nie jest podana w metryce ślubu,
5. zaświadczenie, wydane przez właściwą władzę administracyjną (zarząd gminy, zarząd miejski, starostwo), lub urząd parafialny, stwierdzające istnienie wspólności małżeńskiej do chwili zgonu męża (lub żony).

Ponadto wdowiec powinien dołączyć zaświadczenie właściwej władzy (zarządu gminy, zarządu miasta, starostwa), stwierdzające, że pozostawał on na wyłącznym i całkowitym utrzymaniu zmarłej żony. Jeżeli zmarły (mąż, żona) otrzymywał już rentę inwalidzką, wówczas nie jest potrzebne dołączenie jego legitymacji ubezpieczeniowej. W razie gdy wdowa (wdowiec) zgłasza równocześnie wniosek o rentę wdowią (wdowca) i o rentę dla sierot — powinny być dołączone, oprócz dokumentów wymienionych wyżej, metryki urodzenia i poświadczenie życia sierot w wieku poniżej lat 17 (chłopcy) lub 18 (dziewczęta). Dołączenie metryk urodzenia sierot nie jest potrzebne, jeżeli zmarły otrzymywał rentę wraz z dodatkami na dzieci.

Kiedy wdowie (wdowcowi) renta nie przysługuje?

Wdowie (wdowcowi) renta nie przysługuje:

1. jeżeli małżeństwo nie trwało przynajmniej 6 miesięcy, z wyjątkiem przypadku, gdy śmierć małżonka (męża, żony) nastąpiła z przyczyny (wypadek, choroba zawodowa i t. p.), która zaszła po zawarciu małżeństwa,

2. jeżeli w chwili śmierci małżonka — małżeństwo było sądownie rozwiązane (rozwód) lub z winy wdowy (wdowca) sądownie rozdzielone (separacja),
3. jeżeli zmarły (mąż, żona) w chwili zawarcia małżeństwa (ślubu) ukończył 55 rok życia,
4. jeżeli w chwili zawarcia małżeństwa mąż (żona) otrzymywał już rentę inwalidzką.

Kiedy renta wdowia (wdowca) ulega wstrzymaniu i ograniczeniu?

Renta wdowia (wdowca) zostaje wstrzymana, jeżeli badanie lekarskie wykaże, że wdowa (wdowiec) nie jest już niezdolna do pracy w stopniu wymaganym przez ustawę (ponad 2/3).

Prawo do renty wdowiej (wdowca) ustaje w razie zawarcia powtórnego związku małżeńskiego.

Jeżeli wdowa (wdowiec) ma prawo do renty wdowiej z ubezpieczenia emerytalnego i do renty wdowiej wypadkowej — wówczas renta wdowia (wdowca) z ubezpieczenia emerytalnego robotników zostaje obniżona o połowę renty wypadkowej.

W razie gdy wdowa ma równocześnie prawo do renty wdowiej i do renty inwalidzkiej z tytułu własnego ubezpieczenia — wtedy renta wdowia ulega obniżeniu o połowę renty przysługującej z własnego ubezpieczenia wdowy.

Kiedy wdowa ma prawo do odprawy wdowiej?

Wdowa, otrzymująca rentę wdowią, ma w razie ponownego zamążpójścia prawo do odprawy wdowiej. Odprawa wypłacana jest w wysokości 36 miesięcznej renty, jeżeli wdowa w chwili zawarcia ponownego związku małżeńskiego nie ukończyła 55 roku życia, a w wysokości 12-miesięcznej renty, jeżeli wdowa w chwili ponownego zamążpójścia ukończyła 55 rok życia.

Wdowiec, otrzymujący rentę wdowca, nie ma prawa do jednorazowej odprawy w razie ponownego zawarcia małżeństwa.

Do wniosku o jednorazową odprawę wdowią należy dołączyć metrykę ponownego zawarcia małżeństwa (ślubu).

Kiedy sieroty mają prawo do renty sierocej?

Do renty sierocej mają prawo: dzieci ślubne, dzieci uprawnione (legitymowane), dzieci naturalne (nieślubne), dzieci przysposobione (przybrane) oraz pasierbowie i wnukowie.

Jednakże dzieci naturalne (nieślubne) mają prawo do renty sierocej po ojcu naturalnym (nieślubnym) tylko wówczas, jeżeli ojcostwo zostało ustalone sądownie albo uznane poza sądownie i jeżeli, w tym ostatnim przypadku, zmarły ojciec łożył na utrzymanie dziecka uznanego.

Dzieci przysposobione (przybrane) mają prawo do renty sierocej tylko wtedy, jeżeli zostały przybrane co najmniej na rok przed powstaniem prawa do renty sierocej i jeżeli nie mają prawa do renty ani po rodzonym ojcu, ani po rodzonej matce.

Pasierbowie i wnukowie mają prawo do renty sierocej, jeżeli pozostawali na utrzymaniu ojczyma (macochy) lub dziadka (babki) co najmniej przez rok przed powstaniem prawa do renty sierocej i jeżeli nie mają prawa do renty ani po ojcu ani po matce.

Renta sieroca przysługuje chłopcom do ukończenia 17 roku życia, a dziewczętom do ukończenia 18 roku życia. Dzieci, które zawarły związek małżeński, tracą prawo do renty sierocej. Sierocie całkowicie niezdolnej do pracy wskutek ułomności fizycznej lub umysłowej przysługuje renta sieroca także po ukończeniu 17 roku życia przez chłopców, a 18 roku życia przez dziewczęta, przez cały czas trwania tej niezdolności pod warunkiem, że niezdolność ta powstała przed osiągnięciem wymienionego wieku.

Prawo do renty sierocej powstaje od dnia śmierci osoby, po której sierotom przysługuje renta.

Ile wynosi renta sieroca?

Renta sieroca wynosi dla każdej sieroty 1/5 renty, którą zmarły otrzymywał lub do której miałby prawo w chwili śmierci, jednakże bez dodatków na dzieci i bez dopłaty do renty. Suma jednak rent sierocych, lub suma rent sierocych i renty wdowiej nie może być wyższa od renty, którą zmarły otrzymywał lub do której miałby prawo w chwili śmierci.

W przypadku, gdy wdowa (matka) nie otrzymuje renty, lub gdy oboje rodzice nie żyją, renty sieroce podwyższa się o 15% renty zmarłego.

Suma jednak rent sierocych, lub suma rent sierocych i renty wdowiej nie może być wyższa od renty z dodatkami na dzieci, którą zmarły otrzymywał lub do której miałby prawo w chwili śmierci. Jeżeli przeciętny tygodniowy zarobek zmarłego nie przewyższał 36 zł., wówczas do każdej renty sierocej dochodzi dopłata. Dopłata ta wynosi:

36 zł. rocznie (3 zł. mies.), jeżeli zarobek tygodniowy wynosi do 12 zł.,

24 zł. rocznie (2 zł. mies.), jeżeli zarobek tygodniowy wynosił od 12 do 17 zł.,

12 zł. rocznie (1 zł. mies.), jeżeli zarobek tygodniowy wynosił od 17 do 24 zł.,

9 zł. rocznie (75 gr. mies.), jeżeli zarobek tygodniowy wynosił od 24 do 36 zł.

Jakie dokumenty należy dołączyć do wniosku o rentę sierocą?

Do wniosku o rentę sierocą (jeżeli wniosek ten nie jest zgłaszany równocześnie z wnioskiem o rentę wdowią) należy dołączyć:

1. legitymację ubezpieczeniową zmarłego,
2. metrykę śmierci ubezpieczonego — rencisty, a jeżeli oboje rodzice nie żyją — również metrykę śmierci drugiego z rodziców,

3. metryki urodzenia i poświadczenia życia sierot w wieku poniżej lat 17 (chłopcy) lub 18 lat (dziewczęta),
4. akt o ustanowieniu opiekuna, jeżeli matka (ojciec) została pozbawiona opieki, lub jeżeli sieroty są zupełne (oboje rodzice nie żyją).

Dołączanie legitymacji ubezpieczeniowej zmarłego i metryk urodzenia dzieci nie jest potrzebne, jeżeli zmarły pobierał rentę wraz z dodatkami na dzieci. Do wniosku o rentę sierocą dla dzieci naturalnych (nieślubnych) po ojcu, którego ojcostwo nie zostało sądownie ustalone, oraz do wniosku o rentę sierocą dla pasierbów i wnuków, powinno być nadto dołączone zaświadczenie właściwej władzy administracyjnej (zarządu gminy, zarządu miasta, starostwa), stwierdzające, czy i od jakiego czasu pozostawały one na utrzymaniu zmarłego. Do wniosku o rentę sierocą dla dzieci przysposobionych (przybranych) należy dołączyć również zaświadczenie, stwierdzające datę ich przysposobienia (przybrania).

Kiedy następuje ograniczenie prawa do renty sierocej?

Jeżeli sierota ma prawo do renty sierocej inwalidzkiej i do renty sierocej wypadkowej, wówczas renta sieroca inwalidzka zostaje obniżona o połowę renty sierocej wypadkowej. W razie gdy sierocie przysługuje prawo do renty po ojcu i po matce — sierota otrzymuje tylko jedną z tych rent, a mianowicie rentę wyższą.

Komu i kiedy przysługuje zaopatrzenie inwalidzkie?

Oprócz opisanych wyżej świadczeń, do uzyskania których podstawę stanowi ubezpieczenie emerytalne robotników, ustawa przewiduje na okres przejściowy jeszcze tak zwane zaopatrzenia inwalidzkie, zaopatrzenia wdowie i sieroce.

Zaopatrzenie inwalidzkie mogą uzyskać tylko osoby, które:

1. ukończyły w dniu 1. I. 1934 r. 60 lat życia,
2. posiadają obywatelstwo polskie,

3. nie posiadają niezbędnych środków utrzymania,
4. w czasie od 1. I. 1920 r. do 31. XII. 1933 r. pozostawały co najmniej 4 lata w zatrudnieniu, uzasadniającym obowiązek ubezpieczenia emerytalnego robotników, **przy czym zatrudnienie to musiało mieć miejsce na obszarze b. zaboru rosyjskiego i austriackiego.** Osobom tym zaopatrzenie inwalidzkie przysługuje bądź z chwilą ukończenia 65 roku życia, bądź przed ukończeniem tego wieku, jeżeli w tym drugim przypadku posiadają po dniu 1. I. 1934 r. co najmniej 26 tygodni ubezpieczenia oraz utraciły z powodu choroby, ułomności lub upadku sił zdolność do pracy w stopniu ponad 2/3 (ponad 66⅔%).

Zaopatrzenia wdowie i sieroce przysługują po osobach, które otrzymywały zaopatrzenie inwalidzkie lub po osobach, które nie otrzymywały wprawdzie jeszcze zaopatrzenia inwalidzkiego, ale osoby te odpowiadały ogólnym warunkom do uzyskania zaopatrzenia inwalidzkiego i przebyły w ubezpieczeniu po 1. I. 1934 r. co najmniej 26 tygodni. W jednym i drugim przypadku wdowa i sieroty mają prawo do zaopatrzenia wdowiego i sierocego tylko wówczas, jeżeli nie posiadają niezbędnych środków utrzymania.

Wdowie przysługuje zaopatrzenie z chwilą ukończenia 60 roku życia, a przed ukończeniem tego wieku, jeżeli z powodu choroby, ułomności lub utraty sił jest niezdolna do pracy w stopniu ponad 2/3.

Sierotom przysługuje zaopatrzenie z chwilą śmierci osoby, po której mają prawo do zaopatrzenia, do chwili ukończenia 17 roku życia przez chłopców i 18 roku życia przez dziewczęta.

Zaopatrzenie wdowie wynosi połowę, a zaopatrzenie dla każdej sieroty — 1/5 zaopatrzenia, które otrzymywał zmarły lub do którego miałby prawo w chwili śmierci. Suma jednak zaopatrzenia wdowiego i sierocego, lub suma zaopatrzeń sie

rocych nie może być wyższa od zaopatrzenia, które przysługiwało zmarłemu.

Gdzie należy zgłaszać wnioski o zaopatrzenia i jakie należy dołączyć do tych wniosków dokumenty?

Wnioski o zaoparzenia inwalidzkie, zaopatrzenia wdowie i sieroce należy zgłaszać do miejscowej Ubezpieczalni Społeczłecznej.

Do wniosku o zaopatrzenie inwalidzkie należy dołączyć:

1. metrykę urodzenia,
2. dowód obywatelstwa polskiego, jeżeli obywatelstwo to nie jest stwierdzone w dowodzie osobistym,
3. dowody (zaświadczenia pracodawcy, książeczki obrachunkowe) stwierdzające, że zgłaszający wniosek pozostawał co najmniej przez 4 lata w czasie od 1. I. 1920 r. do 31. XII. 1933 r. w zatrudnieniu, które by uzasadniało obowiązek ubezpieczenia emerytalnego robotników,
4. zaświadczenie właściwej władzy administracyjnej (zarządu gminy, zarządu miasta, starostwa) o braku niezbędnych środków utrzymania.

Wdowa, zgłaszająca wniosek o zaopatrzenie inwalidzkie wdowie, powinna dołączyć:

1. metrykę śmierci męża,
2. własną metrykę urodzenia,
3. metrykę ślubu w pełnym lub krótkim wypisie,
4. zaświadczenie właściwej władzy administracyjnej lub urzędu parafialnego, stwierdzające istnienie wspólności małżeńskiej do chwili zgonu męża,
5. zaświadczenie właściwej władzy o braku niezbędnych środków utrzymania.

Jeżeli wdowa zgłasza równocześnie wniosek i o zaopatrzenie sieroce, powinna dołączyć również metryki urodzenia i po-

świadczenie życia sierot poniżej lat 17 (chłopcy), lub 18 (dziewczęta).

Jeżeli zgłaszany jest wniosek tylko o zaopatrzenie dla sieroty, wówczas należy dołączyć:

1. metrykę śmierci ojca lub matki, jeżeli matka otrzymywała zaopatrzenie,
2. metryki urodzenia i poświadczenie życia sierot,
3. zaświadczenie o pozostawieniu sierot bez niezbędnych środków utrzymania,
4. akt o ustanowieniu opiekuna, jeżeli matce (ojcu) została odjęta opieka, lub jeżeli sieroty są zupełne.

Do wniosków, zgłaszanych przez wdowę lub sieroty po zmarłej osobie, która nie otrzymywała jeszcze zaopatrzenia, ale miałaby do niego prawo w chwili śmierci, należy — poza dokumentami, które powinny być dołączone przez wdowę lub sieroty, — dołączyć jeszcze:

1. legitymację ubezpieczeniową zmarłego,
2. metrykę urodzenia zmarłego,
3. dowód obywatelstwa polskiego zmarłego,
4. dowody, stwierdzające 4-letni okres zatrudnienia zmarłego w czasie od 1.I.1920 r. do 31.XII.1933 r.

Kiedy następuje ustanie, wstrzymanie i ograniczenie prawa do zaopatrzeń?

Ustanie, wstrzymanie i ograniczenie prawa do zaopatrzeń inwalidzkich, zaopatrzeń wdowich i sierocych, następuje w takich samych okolicznościach, jak przy rentach inwalidzkich (patrz wyżej — renty), a ponadto zaopatrzenie zostaje wstrzymane w razie uzyskania środków utrzymania.

Jakie świadczenia przysługują osobom, które były ubezpieczone jeszcze przed dniem 1.I.1934 r., oraz członkom ich rodziny?

Opisane wyżej rodzaje świadczeń, warunki i sposób ich uzyskania, dotyczą osób ubezpieczonych po dniu 1.I.1934 r. na

podstawie nowej ustawy o ubezpieczeniu społecznym, jak również członków rodziny, pozostałych po tych osobach. Osoby, które były ubezpieczone na podstawie ustaw, obowiązujących do dnia 1.I. 1934 r., a mianowicie na podstawie Ordynacji Ubezpieczeniowej, obowiązującej na obszarze wojew. poznańskiego i pomorskiego, oraz na podstawie ustawy o ubezpieczeniu brackim górników, obowiązującej na obszarze wojew. krakowskiego, lwowskiego, tarnopolskiego i części cieszyńskiej wojew. Śląskiego, a które nie nabyły prawa do świadczeń na podstawie nowej ustawy o ubezpieczeniu społecznym, mają prawo do świadczeń, przewidzianych w tych ustawach i na warunkach w tych ustawach wymienionych. To samo dotyczy członków rodziny pozostałej po takich ubezpieczonych. Przy ustalaniu prawa do świadczeń dla tych osób bierzę się również pod uwagę okresy ubezpieczenia, przebyte po 1.I. 1934 r. na podstawie nowej ustawy.

Wnioski o te świadczenia należy zgłaszać również do Ubezpieczalni Społecznych. Tak samo o wszelkiego rodzaju informacje w tych sprawach należy zwracać się do Ubezpieczalni Społecznych.

Kiedy przedawnia się prawo do świadczeń emerytalnych robotniczych?

Prawo do renty inwalidzkiej, renty wdowiej (wdowca) i sierocej przedawnia się w ciągu trzech lat, licząc od czasu, kiedy to prawo powstało; na przykład: prawo do renty wdowiej i sierocej przedawnia się po upływie 3 lat od dnia śmierci ubezpieczonego lub rencisty.

Prawo do jednorazowej zapomogi pośmiertnej przedawnia się po upływie jednego roku od dnia śmierci ubezpieczonego lub rencisty, prawo zaś do jednorazowej odprawy wdowiej przedawnia się po upływie jednego roku od dnia ponownego zamążpójścia.

Skutkiem przedawnienia jest utrata praw do świadczeń,

wobec czego osoby, starające się o świadczenia, powinny pamiętać zawsze o tym, aby nie dopuścić do przedawnienia.

W wyjątkowych przypadkach może być zgłoszony wniosek o świadczenie mimo upływu wymienionych terminów, jeżeli osoba uprawniona do świadczeń nie mogła zgłosić roszczenia w terminie z powodu przeszkody od niej niezależnej. W tych jednak przypadkach wniosek musi być zgłoszony (w Ubezpieczalni Społecznej) w ciągu 6. miesięcy po ustaniu przeszkody.

Kto wydaje decyzje w sprawach świadczeń emerytalnych robotniczych i wypłaca te świadczenia?

Decyzje w sprawach świadczeń emerytalnych robotniczych wydaje Zakład Ubezpieczeń Społecznych (lub jego Oddziały), który zarządza jednocześnie wypłatę przyznanych świadczeń za pośrednictwem poczty.

Renty i dodatki do rent płacone są miesięcznie z góry.

O każdej zmianie adresu osoba starająca się o świadczenia lub je pobierająca, powinna zawiadomić niezwłocznie Zakład (lub jego Oddział), wypisując czytelnie swe imię, nazwisko i adres i podając dokładnie Nr sprawy czyli znak, który jest zawsze umieszczony u góry każdego pisma i decyzji Zakładu.

Kiedy i dokąd wnosi się odwołanie?

Przeciwko decyzjom Zakładu (lub jego Oddziału) w sprawach świadczeń emerytalnych robotniczych przysługuje odwołanie, jeżeli osoba, która otrzymała decyzję, uważa ją za niesłuszną. Odwołanie sporządzone w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach wnosi się za pośrednictwem Zakładu Ubezpieczeń Społecznych (lub jego Oddziału, jeżeli decyzję wydał Oddział Zakładu) do instancji odwoławczej, wskazanej w decyzji. Termin odwołania wynosi dwa miesiące od daty otrzymania decyzji.

VI. ŚWIADCZENIA WYPADKOWE.

Jakie korzyści (świadczenia) zapewnia ubezpieczenie od wypadków i chorób zawodowych?

Poszkodowany z powodu wypadku lub choroby zawodowej ma prawo do następujących świadczeń wypadkowych:

1) do renty wypadkowej,
2) do dodatków do tej renty na dzieci,
3) do dodatku dla bezradnych,
4) do leczenia kalectw i chorób spowodowanych wypadkiem lub chorobą zawodową,
5) do protez potrzebnych z powodu kalectwa wywołanego przez wypadek lub chorobę zawodową.

Rodzina pozostała po osobie zmarłej wskutek wypadku lub choroby zawodowej ma prawo do następujących świadczeń wypadkowych:

1) do zapomogi pośmiertnej,
2) do renty wdowiej,
3) do jednorazowej odprawy wdowiej,
4) do renty sierocej,
5) do renty dalszej rodziny.

Wymienione wyżej świadczenia należą się w razie zajścia wypadku lub choroby zawodowej. Wszyscy jednak pracownicy

powinni przede wszystkim uważać, aby nie ulec wypadkowi, a więc nie narażać się lekkomyślnie na wypadki, a domagać się od pracodawcy wprowadzenia urządzeń ochronnych zabezpieczających przed wypadkami i t. d., żadna bowiem renta wypadkowa nie wróci straconego zdrowia.

Co to jest wypadek w zatrudnieniu i choroba zawodowa, wyjaśniono na stronie 59 i 60.

Co ma zrobić pracownik, który uległ wypadkowi w zatrudnieniu?

Robotnik (robotnica), który uległ wypadkowi w zatrudnieniu, powinien przede wszystkim starać się o pomoc leczniczą, a więc opatrzenie rany, nałożenie opatrunku i t. p. Jeżeli ze względu na rodzaj uszkodzenia lub stan zdrowia nie może się udać sam do lekarza, do ambulatorium i t. p., wówczas jego współpracownicy powinni mu udzielić w tym pomocy, odwieść go do lekarza, lub wezwać pogotowie, oraz zawiadomić pracodawcę. **Nie należy zaniedbywać** drobnych nawet okaleczeń, gdyż okaleczenia takie w razie zanieczyszczenia mogą doprowadzić do ciężkiego nieraz kalectwa. Jeżeli wypadek zaszedł w takich warunkach, że zachodzi nadal możliwość wypadku np. z powodu niezabezpieczenia maszyny, źle oświetlonych schodów, niewłaściwie zbudowanego rusztowania itp. — wówczas wszyscy pracownicy powinni domagać się niezwłocznie wprowadzenia odpowiednich urządzeń zabezpieczających względnie usunięcia urządzeń wadliwych, w celu **zapobieżenia podobnym wypadkom w przyszłości.**

Ponadto pracownik poszkodowany z powodu wypadku powinien we własnym interesie **zawiadomić o wypadku pracodawcę** lub jego zastępcę (kierownika robót, majstra itp.). Poszkodowany, zawiadamiając o wypadku, powinien powiedzieć co było przyczyną wypadku, gdzie zdarzył się wypadek, w jakim czasie, jakich uszkodzeń doznał wskutek tego wypadku, kto był świadkiem wypadku i kto udzielił pierwszej pomocy leczniczej. Jeżeli zawiadamia o wypadku nie sam poszkodowany,

lecz ktoś z jego rodziny lub jego kolegów, wówczas osoby te powinny również powiedzieć co wiedzą o wypadku oraz od kogo dowiedziały się o tym. Na podstawie tych zeznań pracodawca sporządza „doniesienie o wypadku".

Robotnik chory na chorobę zawodową może sam zgłosić w Ubezpieczalni Społecznej wniosek o przyznanie mu świadczeń wypadkowych.

Kto ma zgłosić wypadek w Ubezpieczalni Społecznej?

O wypadku w zatrudnieniu obowiązany jest **pracodawca** zawiadomić **Ubezpieczalnię Społeczną,** przesyłając jej „doniesienie o wypadku" w 4-ech równobrzmiących egzemplarzach w ciągu pięciu dni licząc od dnia wypadku. Jeżeli jednak wypadek zaszedł poza zakładem pracy, wówczas „doniesienie o wypadku" powinno być przesłane w ciągu pięciu dni licząc od dnia, w którym pracodawca został zawiadomiony o wypadku przez poszkodowanego lub kogoś z jego otoczenia.

Poszkodowany (lub jego rodzina) może również sam zawiadomić o wypadku Ubezpieczalnię Społeczną pisemnie, albo złożyć tam ustne zeznanie o wypadku do protokółu. Zawiadomienie sporządzone przez poszkodowanego nie zwalnia jednak pracodawcy od obowiązku sporządzenia opisanego wyżej doniesienia.

Kto przeprowadza dochodzenie w sprawach świadczeń wypadkowych?

Dochodzenia w sprawach świadczeń wypadkowych, czyli badanie, czy są warunki do świadczeń, przeprowadza miejscowa Ubezpieczalnia Społeczna, t. j. Ubezpieczalnia, w której okręgu poszkodowany był zatrudniony, lub w której okręgu zamieszkuje on lub pozostała po nim rodzina. W razie potrzeby dochodzenia te prowadzone są za pośrednictwem władz gminnych i t. p.

Ubezpieczalnia przyjmuje „doniesienia o wypadku", nadsyłane przez pracodawców, przyjmuje od poszkodowanego lub

jego rodziny wnioski o świadczenia, dokumenty i t. d., udziela interesowanym informacji, przesłuchuje świadków wypadku, kieruje poszkodowanych do zbadania przez lekarzy i t. p. Po zebraniu wszystkich potrzebnych dowodów Ubezpieczalnia kieruje sprawę do Zakładu, który wydaje decyzje w sprawach świadczeń.

Kto może otrzymać świadczenia wypadkowe?

Kto podlegając ubezpieczeniu od wypadków, **ulegnie wypadkowi w zatrudnieniu lub zachoruje na chorobę zawodową,** ma prawo do świadczeń wypadkowych, jeżeli wskutek tego stał się co najmniej 10% niezdolny do zarobkowania. Jeżeli jednak niezdolność ta nie trwała dłużej niż przez 4 tygodnie — wówczas poszkodowany nie ma prawa do świadczeń wypadkowych, chociażby w okresie tym niezdolność wynosiła 10% lub nawet więcej.

Gdy ubezpieczony umrze **z powodu wypadku lub choroby zawodowej,** wówczas prawo do świadczeń wypadkowych po zmarłym ma pozostała po nim rodzina.

Jakie wypadki dają prawo do świadczeń wypadkowych?

Prawo do tych świadczeń zależy od tego, czy zdarzył się wypadek w zatrudnieniu. Nie każdy wypadek jest wypadkiem w zatrudnieniu. Jeżeli wypadek zajdzie np. w czasie przechadzki lub w czasie rąbania drzewa na opał dla siebie lub w ogóle podczas takich czynności, które nie mają związku z pracą zawodową — wówczas poszkodowany nie ma prawa do świadczeń wypadkowych.

Natomiast, jeżeli wypadek zaszedł **podczas pracy** w fabryce, w warsztacie i t. p., w których robotnik jest zatrudniony, albo nawet poza fabryką czy warsztatem, ale **podczas czyszczenia, naprawy, przenoszenia i t. p. narzędzi pracy, albo podczas spełniania poleceń pracodawcy,** wówczas może powstać prawo do tych świadczeń. Tak samo dzieje się jeżeli wypadek zaszedł **w drodze do pracy albo w drodze z**

pracy (np. robotnik w drodze do pracy potknął się i doznał wskutek tego potłuczenia) lub **podczas spełniania na polecenie pracodawcy** (lub na polecenie zwierzchnika) **prywatnych czynności,** choćby one nie należały do normalnych obowiązków pracownika (np. robotnica tkalni na polecenie majstra pracowała w jego ogrodzie i t. p.).

Wypadki takie nazywa się wypadkami w zatrudnieniu.

Jakie choroby zawodowe dają prawo do świadczeń wypadkowych dla poszkodowanego lub jego rodziny?

Świadczenia wypadkowe należą się nie tylko w razie wypadku w zatrudnieniu, ale także w razie zachorowania na jedną z wymienionych niżej chorób zawodowych. Należą tu następujące choroby:

a) zachorowanie z powodu zatrucia ołowiem, rtęcią, fosforem, arsenem, benzolem, ich związkami, niektórymi związkami chlorowodorów oraz siarczkiem węgla — w takich przedsiębiorstwach i zakładach, w których pracownicy są narażeni na działanie tych środków chemicznych,

b) zachorowanie na pylicę krzemową u pracowników, zatrudnionych w górnictwie, kopalnictwie, przemyśle mineralnym, w zakładach obróbki kamienia i t. p.,

c) zakażenie wąglikiem w takich zakładach pracy lub gospodarstwach, w których pracownicy narażeni są na to zakażenie (np. w gospodarstwach rolnych stykanie się z chorymi na wąglik zwierzętami i t. p.),

d) zachorowanie wywołane działaniem substancji promieniotwórczych w takich zakładach pracy, w których substancje te są stosowane np. w pracowniach rentgenologicznych,

e) zachorowanie na nabłoniaki skóry w takich zakładach pracy, w których pracownicy stykają się ze smołą, asfaltem, naftą, parafiną i t. p.

Widzimy z tego, że choroby zawodowe są to takie choroby, które nie we wszystkich, ale tylko w niektórych zakładach

pracy się zdarzają, a więc np. na ołowicę narażeni są pracownicy w hutach ołowiu, w hutach cynku, w fabrykach akumulatorów i t. p., a nie w biurach, sklepach spożywczych i t. p.

Jeżeli niezdolność do zarobkowania nie powstała z powodu wypadku w zatrudnieniu ani z powodu choroby zawodowej, ale z powodu innej choroby, np. choroby płuc, serca i t. p., której nie ma związku ani z wypadkiem ani chorobą zawodową, wtedy robotnik nie ma prawa do świadczeń wypadkowych, chociażby nawet choroba jego powstała z powodu niekorzystnych warunków pracy.

Ile wynosi renta wypadkowa dla poszkodowanego?

Renta wypadkowa dla poszkodowanego wynosi w razie jego całkowitej niezdolności do zarobkowania z powodu wypadku lub choroby zawodowej — 2/3 jego przeciętnego zarobku miesięcznego z okresu ostatnich 52 tygodni przed wypadkiem lub zachorowaniem na chorobę zawodową.

Jeżeli jednak poszkodowany jest wskutek wypadku tylko częściowo niezdolny do zarobkowania (ale nie mniej niż 10%), wtedy renta wypadkowa jest odpowiednio mniejsza.

Jeżeli np. przy zupełnej niezdolności do zarobkowania poszkodowanego, który zarabiał 150 zł. miesięcznie, renta pełna wynosi 100 zł. miesięcznie, to przy częściowej niezdolności, wynoszącej tylko 20%, renta wynosić będzie tylko 20 zł miesięcznie.

Z tego przykładu widać, że wysokość renty zależy nie tylko od wysokości zarobku, ale także od stopnia niezdolności do zarobkowania, czyli od rozmiaru uszkodzenia. Im wyższy zarobek oraz im wyższy jest stopień niezdolności — tym wyższa jest renta wypadkowa.

Trzeba tu pamiętać także, że bierze się pod uwagę przede wszystkim tę niezdolność, która jest w związku z wypadkiem lub chorobą zawodową, a nie niezdolność wynikłą z innych przyczyn, niezależnych od wypadku.

Jak oblicza się przeciętny miesięczny zarobek, na podstawie którego wymierza się rentę wypadkową dla poszkodowanego, albo rentę wypadkową dla jego rodziny?

Jeżeli robotnik zarobkował przez cały rok przed wypadkiem, czyli gdy zarabiał przez pełne 52 tygodnie, wówczas:

1) najpierw dodaje się sumę zarobków za cały rok przed wypadkiem,

2) następnie tę sumę dzieli się przez 12 miesięcy -

i w ten sposób uzyskany wynik tego rachunku jest przeciętnym miesięcznym zarobkiem, który stanowi podstawę obliczenia renty.

Na przykład: Robotnik, zarobkujący przez wszystkie 52 tygodnie przed wypadkiem, zarobił razem za ten czas 1800 zł. Gdy podzielimy 1800 zł. przez 12, otrzymamy kwotę zł. 150 i to właśnie będzie przeciętny miesięczny zarobek, od którego oblicza się rentę.

Jeżeli robotnik nie zarobkował przez pełne 52 tygodnie przed wypadkiem, ale pracował tylko przez niepełne tygodnie t. zn. nie przez wszystkie dni robocze w tygodniu, lub gdy zarobkował z przerwami — wtedy zarobek oblicza się inaczej, a mianowicie liczy się tak, jakby robotnik pracował bez przerwy przez cały rok.

Na przykład: Robotnik w ciągu całego roku przed wypadkiem zarobił za 18 dni po 6 zł. dziennie — razem 108 zł., bo przez pozostałą część roku nie pracował. Gdy podzieli się 108 zł. przez 18 dni, okaże się, że przeciętny dzienny zarobek wynosił 6 zł. Mnożąc 6 zł. przez 25 — otrzymamy kwotę 150 zł., która jest właśnie tym przeciętnym miesięcznym zarobkiem, na podstawie którego oblicza się rentę.

Jeżeli niezdolność do zarobkowania tego robotnika będzie zupełna, czyli 100%, to jak powiedziano wyżej, renta jego będzie wynosiła 2/3 zarobku, czyli 100 zł. miesięcznie, jeżeli jednak niezdolność ta będzie mniejsza, to i renta będzie odpowiednio mniejsza.

Na tym przykładzie okazuje się, że gdy ulegnie wypadkowi robotnik, który nie zarobkował przez pełny rok przed wypadkiem, to pomimo to, jego rentę wypadkową oblicza się od takiego zarobku, jakby zarabiał przez cały rok.

Inaczej oblicza się taki zarobek, gdy ulegnie wypadkowi krewny lub powinowaty pracodawcy, albo uczeń, terminator, praktykant i t. p., czyli gdy ulegnie wypadkowi osoba, która nie pobiera żadnego wynagrodzenia, albo która nie pobiera pełnego wynagrodzenia. Tym osobom wymierza się rentę nie od ich rzeczywistego zarobku, lecz od takiego, jaki pobierają inni pracownicy w danym zatrudnieniu.

Gdy zarobek obliczony w sposób podany powyżej, jest bardzo niski, a mianowicie gdy jest on mniejszy od zarobku niewykwalifikowanych robotników, ustalonego dla poszczególnych powiatów przez inspektorów pracy, wówczas do obliczenia renty bierze się zarobek, ustalony przez inspektora pracy dla danego powiatu, ponieważ ten zarobek jest wyższy. Zarobki te ogłaszane są w Dziennikach Wojewódzkich i służą tylko do wymiaru rent wypadkowych.

Zupełnie odmiennie ustala się zarobek, mający stanowić podstawę wymiaru rent robotników rolnych.

Kiedy renta wypadkowa ustaje, ulega zmianie lub ograniczeniu i t. p.?

Renta wypadkowa ustaje ze śmiercią rencisty, albo gdy poszkodowany odzyska zupełną zdolność do zarobkowania, bądź też, gdy ta niezdolność będzie wynosić mniej niż 10%.

Renta wypadkowa ulega zmianie, gdy niezdolność do zarobkowania poszkodowanego istotnie zwiększy się lub zmniejszy.

Gdy rencista, otrzymujący rentę wypadkową zauważy, że z powodu wypadku niezdolność do zarobkowania ulega pogorszeniu, ma prawo zgłosić pogorszenie w Zakładzie Ubezpieczeń Społecznych (Oddziale Zakładu) bezpośrednio lub za pośrednictwem Ubezpieczalni Społecznej. Zakład zarządzi wówczas badanie lekarskie, po czym — zależnie od wyniku badania — wyda stosowną decyzję.

Jeżeli badanie kontrolne, — jakie Zakład zarządza sto-

sownie do potrzeby — okaże, że niezdolność do zarobkowania zmniejszyła się albo ustąpiła całkiem, wówczas obniża się rentę, albo też wstrzymuje ją.

Jeżeli od wypadku lub od zachorowania na chorobę zawodową minęły 2 lata, obniżenie renty może nastąpić nie częściej niż raz do roku.

Obniżenie renty dla osoby, która ją pobiera, nie następuje wstecz.

Jeżeli rencista ulega karze pozbawienia wolności (aresztu, więzienia) na czas dłuższy niż jeden miesiąc, wówczas traci na ten czas prawo do pobierania renty. Jednakże w przypadku tym $^3/_4$ renty przekazuje się osobom (żonie, dzieciom, rodzicom), które są na jego utrzymaniu.

Poza tym są jeszcze inne wypadki ograniczenia w wypłacie rent np. w razie zarządzenia przez Zakład leczenia zapobiegawczego.

Pamiętać jeszcze należy, że gdy poszkodowany nie zastosuje się do polecenia Zakładu zarządzającego np. obserwację lekarską wówczas Zakład może odmówić mu świadczeń.

Kiedy i w jakiej wysokości potrąca się z renty wypadkowej zasiłek chorobowy?

Z renty wypadkowej, przyznanej za ten czas, za który poszkodowany pobierał świadczenia pieniężne z Ubezpieczalni Społecznej, — Zakład potrąca **pełny zasiłek chorobowy.**

I. przykład: Poszkodowany otrzymał zasiłek z Ubezpieczalni za 2 miesiące w kwocie 150 zł. (nie leczył się w szpitalu) — renta wypadkowa, przyznana za ten czas wynosi np. 200 zł. Z renty tej potrąca się zasiłek, wobec tego za czas omawiany otrzyma poszkodowany resztę, t.j. 50 zł.

II. przykład: Poszkodowany leczył się na skutek wypadku 2 miesiące w szpitalu, wobec czego otrzymał z Ubezpieczalni nie pełny zasiłek, ale tylko zasiłek szpitalny. Suma zasiłku tego wynosiła 30 zł., pełny zasiłek chorobowy wynosiłby 150 zł. Renta wypadkowa przyznana za ten czas wyniosła 200 zł.; z renty tej potrąca się jednak nie rzeczywiście pobrane 30 zł., ale **pełny zasiłek** chorobowy czyli 150 zł.

Na ostatnim przykładzie okazuje się, że gdy poszkodowany otrzymał z Ubezpieczalni nie pełny zasiłek, ale zasiłek szpitalny (lub domowy), — wówczas mimo to **potrąca mu się z renty zasiłek pełny.** Dzieje się to dlatego, że w czasie leczenia w szpitalu otrzymał na koszt Zakładu utrzymanie dla siebie.

Kiedy rencista wypadkowy ma prawo do dodatku na dzieci i ile wynosi taki dodatek?

Rencista ma prawo do dodatku na dzieci, jeżeli wskutek wypadku lub choroby zawodowej utracił co najmniej 66⅔% zdolności do zarobkowania. Wynika z tego, że dodatek na dzieci mogą otrzymać tylko osoby ciężej poszkodowane.

Dodatek na dzieci wynosi na jedno dziecko po 1/10 części tej renty, jaką pobiera poszkodowany. Jeżeli zatem poszkodowany pobiera rentę, wynoszącą 90 zł. miesięcznie, to dodatek na każde dziecko wynosi po 9 zł. miesięcznie.

Pamiętać jednak należy, że renta poszkodowanego razem z dodatkiem na dzieci nie może być większa niż przeciętny zarobek, od którego obliczyło się rentę.

Dodatek na dzieci przysługuje dla chłopców do ukończenia lat 17, dla dziewcząt do ukończenia lat 18, jeżeli jednak dzieci kształcą się w zakładach naukowych, wówczas dodatek ten przedłuża się do lat 21, a nawet w niektórych przypadkach do 24 lat. Jeżeli dziecko jest całkowicie niezdolne do zarobkowania, wówczas dodatek ten przysługuje na czas trwania niezdolności, ale tylko wtedy, gdy niezdolność powstała przed osiągnięciem 17, wzgl. 18 lat życia.

Na dzieci, które zawarły małżeństwo, zaprzestaje się wypłaty tego dodatku.

Zaznacza się jednak, że w razie takiego obniżenia się stopnia niezdolności do zarobkowania, iż niezdolność będzie wynosić mniej niż 66⅔%, ulega zmniejszeniu nie tylko renta, ale równocześnie następuje utrata wszystkich dodatków na dzieci.

Kiedy poszkodowany ma prawo do dodatku dla bezradnych?

Poszkodowany ma prawo do dodatku dla bezradnych tylko wtedy, gdy z powodu wypadku lub choroby zawodowej znalazł się w tak złym stanie zdrowia, że wymaga stałej opieki i pomocy innych osób.

Dodatek ten wynosi 1/3 część przeciętnego miesięcznego zarobku, od którego obliczyło się rentę dla rencisty.

Jeżeli zatem przeciętny miesięczny zarobek wynosił 240 zł., to poszkodowany w razie bezradności otrzymuje rentę pełną, czyli 160 zł. oraz dodatek dla bezradnych 80 zł., czyli razem 240 zł., oprócz ewentualnego dodatku na dzieci.

Dokąd ma się zwrócić poszkodowany, który potrzebuje leczenia z powodu wypadku w zatrudnieniu lub choroby zawodowej?

Robotnik, którego stan zdrowia wymaga leczenia wskutek wypadku w zatrudnieniu lub choroby zawodowej, powinien (sam lub ktoś z jego otoczenia) zwrócić się o udzielenie mu tej pomocy do Ubezpieczalni Społecznej.

Kiedy zajdzie potrzeba pomocy leczniczej po wyczerpaniu prawa do świadczeń chorobowych z Ubezpieczalni Społecznej, wtedy dalszej pomocy leczniczej udzieli mu Ubezpieczalnia Społeczna na rachunek Zakładu, ale wyłącznie wtedy, gdy choroba jest następstwem wypadku w zatrudnieniu lub chorobą zawodową.

Zaznaczyć trzeba, że prawo do pomocy leczniczej w związku z wypadkiem i chorobą zawodową przysługuje samemu poszkodowanemu, a nie jego rodzinie.

Jeżeli, zdaniem lekarzy, niezdolność do zarobkowania może np. być zmniejszona albo może całkiem ustąpić przez przeprowadzenie odpowiedniego leczenia, wówczas Zakład może zarządzić leczenie, przy czym ma prawo wstrzymać rentę w całości lub w części. Jeżeli jednak w przypadku tym rencista ma na utrzymaniu członków rodziny, wtedy osobom tym przysługuje na ten czas zasiłek z Zakładu w wysokości renty, jaką mieliby w razie śmierci ubezpieczonego.

Ogół pracowników rolnych korzysta w razie choroby (spowodowanej przez wypadek albo powstałej bez wypadku) — z pomocy leczniczej, o którą winien się postarać pracodawca rolny.

Kiedy poszkodowany ma prawo do protezy?

Poszkodowany ma prawo do otrzymania protezy z Zakładu Ubezpieczeń Społecznych, jeżeli wskutek wypadku lub choroby zawodowej zajdzie potrzeba używania protezy.

Jeżeli proteza ulegnie z czasem naturalnemu zniszczeniu, albo zepsuciu, wówczas Zakład dostarcza nowej protezy względnie zleca na swój koszt naprawę zepsutej protezy.

O potrzebie naprawienia protezy albo dostarczenia nowej poszkodowany powinien zawiadomić Zakład Ubezpieczeń Społecznych bezpośrednio lub za pośrednictwem Ubezpieczalni Społecznej.

Jakie dokumenty powinien przedstawić Ubezpieczalni ubezpieczony domagający się świadczeń wypadkowych?

Poszkodowany, domagający się świadczeń z powodu wypadku lub choroby zawodowej, powinien przedstawić (okazać) dokument, stwierdzający jego tożsamość, a więc legitymację Ubezpieczalni Społecznej, dowód osobisty, książeczkę wojskową.

Na żądanie Ubezpieczalni obowiązany jest dostarczyć swą metrykę urodzenia.

Jeżeli z powodu wypadku leczył się nie w Ubezpieczalni, ale prywatnie, powinien — jeżeli może — złożyć zaświadczenia lekarzy, którzy go leczyli, zdjęcie rentgenowskie, jeżeli było zrobione i t. p.

Gdy poszkodowany ma prawo do dodatku na dzieci, powinien złożyć metryki urodzenia tych dzieci.

W każdym przypadku Ubezpieczalnia Społeczna zawiada-

mia interesowanych, jakie dokumenty mają okazać albo dostarczyć Ubezpieczalni.

Kiedy i kto z pośród rodziny pozostałej po ubezpieczonym, zmarłym wskutek wypadku lub choroby zawodowej ma prawo do świadczeń wypadkowych?

Pozostała po zmarłym ubezpieczonym rodzina **ma prawo do zapomogi pośmiertnej** oraz:

wdowa (wdowiec) — do renty wdowiej,
sieroty — do renty sierocej,
dalsza rodzina (rodzice, dziadkowie, wnukowie, i rodzeństwo) — do renty dalszej rodziny.

Rodzina ma te prawa **tylko wtedy, gdy śmierć pracownika wynikła z powodu wypadku w zatrudnieniu lub choroby zawodowej.**

Kto ma prawo do zapomogi pośmiertnej i ile ta zapomoga wynosi?

Gdy ubezpieczony zmarł wskutek wypadku lub choroby zawodowej wówczas pozostała po nim rodzina otrzymuje **jednorazową** zapomogę pośmiertną. Do zapomogi tej mają prawo: pozostały przy życiu małżonek (mąż, żona), a gdy ten nie żyje — dzieci, gdy i dzieci nie ma — pozostała rodzina, a to w następującej kolejności: najpierw rodzice, potem dziadkowie, potem wnukowie, a wreszcie rodzeństwo; jeżeli jednak wnukowie pozostawali na wyłącznym utrzymaniu zmarłego mają pierwszeństwo do tej zapomogi przed rodzicami, dziadkami i t. p. Zapomoga pośmiertna wynosi tyle, ile wynosił zarobek miesięczny, według którego zmarły był ostatnio ubezpieczony. Najmniej jednak zapomoga pośmiertna wynosi 75 zł., najwyżej zaś 725 zł. Prawo do tej zapomogi jest niezależne od prawa do zasiłku pogrzebowego z ubezpieczenia chorobowego.

Ile wynosi renta wdowia?

Renta wdowia wynosi 30% przeciętnego miesięcznego zarobku jej męża. Jeżeli oprócz wdowy zostały sieroty dwie lub więcej — to na czas płacenia tych wszystkich rent zostają one obniżone tak, aby **razem nie wyniosły więcej niż 2/3 przeciętnego miesięcznego zarobku zmarłego.** Prawo do tej renty ma wdowa niezależnie od swego stanu majątkowego. Wdowiec ma prawo do renty wdowiej tylko wtedy, gdy jest inwalidą (ponad 2/3 niezdolności) i gdy był utrzymywany przez zmarłą żonę.

Ile wynosi renta sieroca?

Renta sieroca (dla jednej sieroty) wynosi 20% przeciętnego miesięcznego zarobku zmarłego ojca (matki). Jeżeli pozostała sierota bez ojca i bez matki, wówczas renta jej wynosi 25% tego zarobku.

Gdy zatem przeciętny miesięczny zarobek zmarłego wynosił 150 zł., a zmarły pozostawił wdowę i jedną sierotę, wtedy renta wdowy wynosi 45 zł., a renta sieroty 30 zł., czyli razem 75 zł. miesięcznie.

Pamiętać jednak trzeba, że renta wdowia i renty sierot mogą razem wynosić najwyżej $^2/_3$ przeciętnego zarobku osoby zmarłej; jeżeli więc oprócz wdowy zostały 2 sieroty lub więcej, wtedy renta wszystkich tych osób razem wzięta nie może być większa niż 2/3 tego zarobku.

Gdy zatem przeciętny miesięczny zarobek zmarłego wynosił 150 zł., a po zmarłym pozostała wdowa i 3 sieroty — wtedy suma rent tych wszystkich osób wynosi 2/3 ze 150 zł., czyli 100 zł. miesięcznie.

Jak długo ma prawo wdowa do renty wdowiej wypadkowej?

Wdowa ma prawo do renty aż do swej śmierci lub do czasu, gdy wyjdzie ponownie za mąż.

Jeżeli wdowa wychodzi ponownie za mąż, powinna zawiadomić o tym Zakład Ubezpieczeń Społecznych lub ten Oddział Zakładu z którego otrzymuje rentę i przedłożyć metrykę

ślubu. Wprawdzie Zakład wstrzyma wówczas rentę wdowią, jednakże równocześnie wypłaci **jednorazową odprawę wdowią,** która wynosi 36-miesięczną rentę wdowią.

(Np. gdy wdowa pobiera 40 zł. miesięcznie, wówczas odprawa wdowia wynosi 40 × 36 miesięcy = 1.440.— zł.).

Gdyby jednak wdowa wyszła ponownie za mąż dopiero po skończeniu 55 lat życia, odprawa wdowia będzie wtedy mniejsza, a mianowicie wynosi ona wówczas 12-miesięczną rentę wdowią.

Wdowiec nie ma prawa do jednorazowej odprawy.

Kiedy wdowie (wdowcowi) renta nie przysługuje?

Wdowie (wdowcowi) renta nie przysługuje:

1) jeżeli małżeństwo nie trwało co najmniej 6 miesięcy, z wyjątkiem przypadku, gdy śmierć małżonka (męża, żony) nastąpiła z przyczyny, która zaszła po zawarciu małżeństwa,
2) jeżeli w chwili śmierci małżonka — małżeństwo było sądownie rozwiązane (rozwód) lub z winy wdowy (wdowca) sądownie rozdzielone (separowane).

Kogo ustawa uważa za sieroty?

Ustawa uważa za sieroty, mogące mieć prawo do świadczeń wypadkowych, nie tylko dzieci ślubne, ale także dzieci uprawnione, oraz dzieci nieślubne, przysposobione (adoptowane), pasierbów i pasierbice.

Dokładne wyjaśnienie, pod jakimi warunkami mogą otrzymywać rentę dzieci nieślubne, przysposobione, pasierbowie i pasierbice mogą uzyskać interesowani od Ubezpieczalni Społecznej albo od Zakładu Ubezpieczeń Społecznych lub jego Oddziału.

Jak długo sieroty posiadają prawo do rent sierocych?

Sieroty mają prawo do rent sierocych: chłopcy do ukończenia 17 lat życia, dziewczęta do ukończenia 18 lat życia;

jeżeli jednak sieroty kształcą się w zakładach naukowych, wówczas prawo do renty sierocej przedłuża się do końca 21, a w niektórych wypadkach nawet do końca 24 roku życia. Jeżeli sierota jest całkowicie niezdolna do zarobkowania, wówczas ma prawo do renty sierocej na czas trwania niezdolności, ale tylko wtedy, gdy niezdolność ta powstała przed osiągnięciem 17 wzgl. 18 roku życia.

Dzieci, które zawarły małżeństwo, tracą prawo do rent sierocych.

Kiedy dalsza rodzina ma prawo do renty wypadkowej?

Dalsza rodzina ma prawo do renty wypadkowej, gdy ubezpieczony zmarł wskutek wypadku w zatrudnieniu lub choroby zawodowej, a pozostała po nim wdowa i sieroty pobierają razem mniej niż 2/3 przeciętnego miesięcznego zarobku osoby zmarłej.

Prawo do tej renty mają członkowie dalszej rodziny **w następującej kolejności i pod następującymi warunkami:**

1. wnukowie — jeżeli byli na wyłącznym utrzymaniu zmarłego,
2. rodzice — jeżeli pozostają w niedostatku,
3. dziadkowie — jeżeli pozostają w niedostatku,
4. wnukowie — jeżeli byli na przeważnym utrzymaniu zmarłego,
5. rodzeństwo — jeżeli było na wyłącznym lub przeważnym utrzymaniu zmarłego.

Wynika z tego, że dziadkowie mają prawo do renty tylko wtedy gdy są w niedostatku i gdy nie ma ani wnuków, którzy byli na wyłącznym utrzymaniu zmarłego, ani rodziców; rodzeństwo — ma prawo do renty tylko wtedy, gdy pozostawało na wyłącznym lub przeważnym utrzymaniu zmarłego i gdy nie ma innych bliższych krewnych, t. zn. wnuków, rodziców i dziadków.

Renta dalszej rodziny wynosi normalnie 20% przeciętnego

zarobku zmarłego, bez względu na ilość osób uprawnionych do tej renty.

Jeżeli jednak renta wdowia i sierot albo renty kilku sierot — wynoszą razem 66⅔% zarobku, **wówczas dalsza rodzina nie ma prawa do renty,** ponieważ pierwszeństwo ma tu bliższa rodzina, t. j. wdowa i dzieci.

Jakie dokumenty powinna przedstawić rodzina pozostała po osobie zmarłej z powodu wypadku lub choroby zawodowej?
(wdowa, sieroty i t. d.)

Rodzina pozostała po osobie zmarłej z powodu wypadku lub choroby zawodowej powinna dostarczyć Ubezpieczalni przede wszystkim metrykę śmierci ubezpieczonego oraz na żądanie Ubezpieczalni, świadectwo lekarskie, stwierdzające przyczynę zgonu (jeżeli takie świadectwo posiada).

Oprócz tego powinna dostarczyć wszelkich innych dokumentów, których zażąda Ubezpieczalnia, a więc np. wdowa ma dostarczyć oprócz metryki śmierci męża, także metrykę urodzenia swoją i męża, metrykę ślubu, zaświadczenie o pozostawaniu we wspólności małżeńskiej ze zmarłym do dnia śmierci; jeżeli zaś pozostały jeszcze sieroty, należy przedłożyć także metryki urodzenia sierot.

W każdym przypadku Ubezpieczalnia Społeczna zawiadamia interesowanych dokładnie, jakich dokumentów mają dostarczyć.

Kiedy przedawnia się prawo do świadczeń wypadkowych?

Prawo do renty wypadkowej, wdowiej, sierocej i dalszej rodziny przedawnia się w ciągu 3 lat, licząc od czasu, kiedy to prawo powstało, a więc: prawo do renty dla poszkodowanego przedawnia się po upływie 3 lat od dnia powstania niezdolności do zarobkowania wskutek wypadku, prawo do renty wdowy, sierot i t. p. przedawnia się po upływie 3 lat od dnia śmierci poszkodowanego.

Biblioteka Uniwersytecka Poznań Nr 88

88 KPiP
1100088
1100088