S. TYMIŃSKI

PODSTAWOWE WIADOMOŚCI O UBEZPIECZENIACH SPOŁECZNYCH

WARSZAWA • 1948
ZAKŁAD UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH

3640 KPiP

1103640

1103640

S. TYMIŃSKI

PODSTAWOWE WIADOMOŚCI O UBEZPIECZENIACH SPOŁECZNYCH

W A R S Z A W A • 1948

ZAKŁAD UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH

Nakład 5.000 egz.
Papier druk.-sat. kl. VII 61 × 86/70
B-51313 — Drukarnia OMTUR, Warszawa

PRZEDMOWA

Ubezpieczenia społeczne, to ważny odcinek naszego życia narodowego. Siedem milionów obywateli na 24 miliony ogółu ludności korzysta z ich usług. Społeczeństwo ponosi na ten cel bardzo poważne wydatki. Już te dwie cyfry dowodzą, jak wielką rolę odgrywają ubezpieczenia społeczne w naszym życiu społecznym. Cyfry te są tylko wówczas imponujące i nabierają treści istotnej, jeżeli ubezpieczenia społeczne spełniają cel, przewidziany w ustawodawstwie, jeżeli ustawy są wykonywane sumiennie i jeżeli wykonujący je będą spełniali swe obowiązki w przeświadczeniu, iż praca ich ma charakter społeczny. Wspomniane obowiązki spełniają Ministerstwo Pracy i Opieki Społecznej, Zakład Ubezpieczeń Społecznych i ubezpieczalnie społeczne. Jednak w dziedzinie ubezpieczeń społecznych, jak w każdej pracy zbiorowej, bez współdziałania czynnika społecznego i zainteresowanych w tym wypadku ubezpieczonych, praca ta będzie dziełem niezupełnym. Bez ich pomocy, nawet najsprawniej działająca ubezpieczalnia nie wykona swych obowiązków, jeżeli praca ta nie będzie natrafiała na zrozumienie i czynne poparcie ubezpieczonych i zorganizowanego czynnika społecznego, jak partie polityczne i związki zawodowe.

Droga do tego celu wiedzie także i przez znajomość ustawy, która z natury rzeczy jest faktyczną i prawną podstawą działalności instytucyj ubezpieczeniowych. Przepisy naszego ustawodawstwa ubezpieczeniowego są łatwe i zrozumiałe dla fachowców. Człowiek nie związany zawodowo z pracą ubezpieczeniową, czytając je, gubi się w przepisach, nie rozumie ich, czasem nawet zniechęca się do instytucji.

Celem ułatwienia pracy osobom, stykającym się z ubezpieczeniem z tytułu pracy społecznej lub zawodowej, w sposób

zwięzły przedstawione zostały tutaj zasadnicze zagadnienia naszego ustawodawstwa. Jest to przystępny wykład ustawodawstwa ubezpieczeniowego, w którym autor zaznajamia czytelnika z całością zagadnienia ubezpieczeń społecznych, ze szczególnym uwzględnieniem świadczeń, należnych światu pracy z tytułu ubezpieczenia.

Broszura może służyć także fachowcom-pracownikom instytucyj ubezpieczeniowych, którzy osiągną z niej korzyści w swej pracy codziennej. Przejrzysty układ, prosty i łatwy styl, uwolnienie wykładu od balastu ustawodawczego, porównawczego lub teoretyczno-naukowego złożyły się na to, że wydawnictwo oddać może duże usługi w praktycznej pracy ubezpieczeniowej.

dr Alfred Krygier

OD AUTORA

Celem tego opracowania jest zapoznanie czytelników z podstawowymi wiadomościami o ubezpieczeniach społecznych w Polsce. Cel ten wpłynął na sposób przedstawienia tematu. Przedstawiono obecny stan tylko najważniejszych przepisów o ubezpieczeniach społecznych, bez uwzględnienia całego szeregu szczegółów. Pominięto również omówienie ubezpieczenia wzgl. zabezpieczenia na wypadek bezrobocia (z wyjątkiem składek), ponieważ zagadnienie to ma być niebawem uregulowane w osobnych aktach prawnych i to w sposób odmienny od stanu obowiązującego przed wojną, jako nie odpowiadającego współczesnym dążeniom i obecnym warunkom gospodarczym.

Szczególną uwagę poświęcono świadczeniom z ubezpieczeń społecznych, jako zagadnieniu najbardziej ważnemu dla szerokich rzesz ubezpieczonych.

Wobec zmian wysokości świadczeń pieniężnych z ubezpieczeń rentowych, zamieszczono oddzielnie tablice, zawierające tylko obowiązujące obecnie stawki wysokości tych świadczeń (czerwiec 1948 r.).

Należy zaznaczyć, że ze względu na potrzeby ubezpieczonych, Zakład Ubezpieczeń Społecznych za zgodą Ministerstwa Pracy i Opieki Społecznej złagodził w niektórych przypadkach ustawowe warunki do uzyskania świadczeń. Tę praktykę Zakładu uwzględniono w niniejszym opracowaniu.

Opracowanie to zawiera tylko bardzo ogólne wiadomości o ubezpieczeniach. Wobec tego, w razie konieczności dokładnego zbadania konkretnej sprawy ubezpieczeniowej, należy posługiwać się obowiązującymi tekstami przepisów.

1. POWSTANIE I CEL UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH

Życie ludzkie obfituje w szereg zdarzeń. Wiele z nich powstaje niezależnie od naszej woli, nawet w najbardziej spokojnym i uregulowanym bycie. Jedne z nich są całkowicie nieprzewidziane lub niepewne, o innych natomiast wiemy, że nastąpią, jak np. śmierć — na pewno. Kiedy jednak to się stanie, w jakich warunkach i jakie wywoła skutki — trudno określić.

Nie zawsze jednak spotykają nas zdarzenia niepomyślne; bywają zdarzenia pożądane i oczekiwane, lecz związane z nadzwyczajnymi i poważnymi wydatkami pieniężnymi. Do nich należy np. urodzenie dziecka.

Wszystkie takie zdarzenia nazywamy w ubezpieczeniu zdarzeniami losowymi albo wypadkami losowymi. Są to: choroba, niezdolność do zarobkowania, śmierć, utrata majątku wskutek pożaru lub kradzieży i wiele innych. Zwykła **przezorność** nasuwa ludziom myśli o przygotowaniu się, w celu zapobiegania ujemnym gospodarczo skutkom tych wypadków.

Przekonano się już dawno, że celowo zapobiec im może zbiorowe zabezpieczenie i dlatego poszczególne grupy ludzi zrzeszały się często, w celu dobrowolnego, wzajemnego i zbiorowego zabezpieczenia się. Podjęcie jednak takiej akcji łatwiejsze było dla ludzi zamożnych (np. zrzeszenia kupieckie w średniowieczu), utrzymujący się bowiem z pracy najemnej mogli tworzyć organizację tylko tam, gdzie stanowili zwartą grupę. W średniowieczu zgrupowania takie tworzyli przede wszystkim górnicy i oni to zrzeszali się w specjalne związki, zwane bractwami górniczymi (związkami bratnimi), których celem było zabezpieczenie losu górnika lub jego rodziny, gdy górnik stawał się niezdolny do zarobkowania lub umierał.

W miarę wzrostu uprzemysłowienia w poszczególnych pań-

BIBLIOTEKA M.P.

stwach i na skutek tego zwiększenia liczebności najemnych pracowników w znaczniejszych skupiskach, pracownicy tworzyli w XIX w. specjalne kasy wzajemnej pomocy i kasy przezorności, opierając się na wzajemności i dobrowolnym uczestnictwie dla zapewnienia sobie i swym rodzinom pewnych świadczeń w razie choroby lub śmierci. Kasy te nie mogły spełniać skutecznie swoich zadań — mimo nawet pomocy finansowej w niektórych wypadkach ze strony pracodawcy —tworzyły je bowiem nieliczne grupy ludzi nisko wynagradzanych, a członkostwo w kasach było dobrowolne. Ciągłe jednak powiększanie się ilości pracowników najemnych, a tym samym i siły ich, jako warstwy zorganizowanej, zmusiły rządy poszczególnych państw do coraz szerszego uwzględniania potrzeb pracowniczych. Wówczas to powołano do życia ubezpieczenia społeczne, oparte na zasadzie przymusu i powszechności, działające pod szczególną ochroną państwa i korzystające nieraz z pomocy funduszów publicznych. Celem ich było zabezpieczenie przed gospodarczymi skutkami szczególnie ważnych wypadków losowych.

Pierwsze ubezpieczenia społeczne powstały w ostatnim dwudziestoleciu XIX w., najpierw w krajach Europy środkowej, rozszerzając się stopniowo na inne kraje.

Organizacja ubezpieczeń w różnych krajach była odmienna. Powszechnie jednak najwcześniej zorganizowano odrębne ubezpieczenie od wypadków przy pracy oraz ubezpieczenie na wypadek choroby i oba te ubezpieczenia objęły najszersze kręgi. Ubezpieczenie emerytalne (na wypadek inwalidztwa) rozwijało się, pomijając ubezpieczenie brackie górników, wolniej.

Po pierwszej wojnie światowej ubezpieczenia społeczne rozwinęły się bardzo poważnie. Zwiększono osobowy zakres podlegających ubezpieczeniu oraz rozszerzono same świadczenia. Sprawa przymusu ubezpieczenia została rozstrzygnięta w całej niemal Europie w sposób pozytywny. Ten stan rzeczy był wynikiem powojennych zmian gospodarczych i ustrojowych, które nastąpiły w wielu państwach, przy stale wzrastającej sile warstw pracowniczych.

Rozwój ubezpieczeń społecznych i ustawodawstwa społecznego po r. 1918 zmusił do uznania tych zagadnień za sprawy o znaczeniu międzynarodowym. Wyrazem tych poglądów było powołanie w traktacie wersalskim Międzynarodowego Biura Pracy. W jego pracach brali żywy udział również polscy znawcy ubezpieczeń społecznych. Mimo to w Polsce w okresie międzywojennym ubezpieczenia społeczne były celem bardzo sil-

nych ataków, które nie stłumiły jednak rozwoju ubezpieczeń społecznych, a wręcz przeciwnie, wówczas właśnie świat pracy zrozumiał lepiej dobrodziejstwa, płynące z ubezpieczeń społecznych i bezwzględną potrzebę ich utrzymania i rozwoju.

Ubezpieczenie polega na tym, że pewne koło osób ponosi odpowiednią opłatę w tym celu, aby osobom, na rzecz których ubezpieczenie jest wykonywane, zapewnić świadczenia (wynagrodzenie szkody) w razie zajścia wypadku losowego. Opłatę za ubezpieczenie ponosi się mimo że nie ma pewności, czy i kiedy wypadek losowy rzeczywiście się zdarzy, albo jakie będą jego skutki. **Społeczny** charakter ubezpieczenia polega na tym, że ze względu na doniosłość pewnych zdarzeń losowych, dotyczących człowieka oraz na szerokie koła osób zainteresowanych i jednocześnie ekonomicznie słabych, państwo zapewnia ubezpieczeniu szczególną ochronę, wprowadzając dla większej skuteczności przymus ubezpieczenia i jego powszechność, oraz zapewniając często pomoc finansową z funduszów publicznych, niezależnie od składek ubezpieczeniowych.

Celem ubezpieczeń społecznych jest zapewnienie ubezpieczonym i ich rodzinom świadczeń pieniężnych i w naturze (pomoc leczenia, protezy) z chwilą, gdy zajdzie zdarzenie losowe, na wypadek którego jest ktoś ubezpieczony.

Jakie miejsce w ubezpieczeniach w ogóle zajmują ubezpieczenia społeczne?

Systemy ubezpieczeń mogą być rozmaite. Zależnie od tego, co weźmiemy za podstawę zróżnicowania, dzielimy ubezpieczenia na:

a. **publiczne,** wykonywane przez publiczne instytucje oraz **prywatne;**
b. **osobowe,** gdy ubezpiecza się osoby (np. na wypadek śmierci, choroby, wypadku) i **rzeczowe** (np. ubezpieczenie mienia od ognia, gradobicia, kradzieży);
c. **przymusowe** (obowiązkowe), gdy istnieje przymus ubezpieczenia i **dobrowolne;**
d. **społeczne** i na inne, zwane **indywidualnymi.**

Polskie ubezpieczenie społeczne jest ubezpieczeniem **publicznym, osobowym i przymusowym** (obowiązkowym). Jest ono bowiem wykonywane przez instytucje ubezpieczeń społecznych, posiadające charakter publiczno-prawny, obejmujące ubezpieczonych, a więc osoby — nie rzeczy, na podstawie obowiązującego w tym zakresie ustawodawstwa.

2. RODZAJE POLSKICH UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH

Zależnie od rodzaju i celu, dzielimy polskie ubezpieczenia społeczne na:

a. **ubezpieczenie na wypadek choroby i macierzyństwa,** obejmujące robotników i pracowników umysłowych, którego celem jest udzielanie pomocy leczniczej i zasiłków pieniężnych w razie choroby lub macierzyństwa;

b. **ubezpieczenie emerytalne robotników i pracowników umysłowych,** mające na celu zapewnienie świadczeń na wypadęk niezdolności do zarobkowania lub do wykonywania zawodu i na wypadek śmierci (bez względu na przyczynę); oba te rodzaje ubezpieczeń nazywamy **emerytalnymi lub inwalidzkimi;**

c. **ubezpieczenie od wypadków w zatrudnieniu i chorób zawodowych,** obejmujące zarówno robotników, jak i pracowników umysłowych, którego celem jest zapewnienie świadczeń na wypadek niezdolności do zarobkowania lub na wypadek śmierci z powodu wypadku w zatrudnieniu lub zachorowania na chorobę zawodową;

d. **ubezpieczenie rodzinne,** obejmujące osoby podlegające ubezpieczeniu chorobowemu tak powszechnemu, jak i w instytucjach zastępczych (zob. rozdział 18) oraz osoby pobierające renty, zaopatrzenia itp. z ubezpieczeń społecznych, z Państwowego Zakładu Emerytalnego lub innych instytucyj, którego celem jest zapewnienie świadczeń (zasiłków) na członków rodziny ubezpieczonego, rencisty lub emeryta.

Ubezpieczenia wymienione wyżej w pkt. b i c, czyli ubezpieczenia emerytalne (inwalidzkie) oraz ubezpieczenie od wypadków nazywamy łącznie ubezpieczeniem **rentowym** albo długoterminowym, w przeciwieństwie do ubezpieczenia chorobowego, które jest **krótkoterminowym.**

Mimo takiej rozmaitości rodzajów ubezpieczeń, istnieje między nimi ścisła łączność, wyrażająca się w jednolitości organizacyjnej oraz w łączności świadczeń (patrz rozdział 7).

Poza powszechnym ubezpieczeniem społecznym działa jeszcze specjalne dodatkowe ubezpieczenie górników (które uzupełnia inwalidzkie ubezpieczenie powszechne), oraz ubezpieczenie w instytucjach zastępczych (zob. rozdział 18).

Należy zaznaczyć, że dotychczasowe rozbicie ubezpieczenia

emerytalnego na ubezpieczenie pracowników umysłowych i robotników nie znajduje uzasadnienia w obecnych warunkach i formalne ich połączenie jest kwestią najbliższego czasu.

3. PODSTAWY PRAWNE POLSKICH UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH

Z chwilą odzyskania niepodległości w r. 1918 zastaliśmy na ziemiach polskich stan bardzo niejednolity w zakresie ubezpieczeń społecznych. W każdej dzielnicy obowiązywało inne prawo, inna organizacja i inne świadczenia. Stopniowo, w drodze stałej walki o ubezpieczenia, stan ten wyrównał się i ubezpieczenia społeczne zaczęły rozwijać się.

Po drugiej wojnie światowej, wobec zmian ustroju politycznego Państwa oraz wielkich reform społeczno-gospodarczych (unarodowienie przemysłu, reforma rolna), rozpoczął się nowy okres w rozwoju ubezpieczeń społecznych. Przestały one być „ciężarem społecznym", a stały się funkcją państwa, wykonywaną przez specjalne instytucje, związane organicznie z całokształtem gospodarki planowej. Zapowiedzią tych zmian był Manifest z dnia 22 lipca 1944, który głosił hasło rozszerzenia ubezpieczeń społecznych.

Zasadniczą podstawę prawną ubezpieczeń społecznych w Polsce stanowią oprócz przepisów konstytucji, następujące akty prawne:

a) ustawa o ubezpieczeniu społecznym z dnia 28. 3. 1933 r. (Dz. U. R. P. Nr 51, poz. 396), zwana potocznie ustawą scaleniową,
b) rozporządzenie Prezydenta R. P. o ubezpieczeniu pracowników umysłowych z dnia 24. 11. 1927 r. (Dz. U. R. P. Nr 106, poz. 911),
c) dekret o ubezpieczeniu rodzinnym z 28. 10. 1947 r. (Dz. U. R. P. Nr 66, poz. 414),
d) prawo o sądach ubezpieczeń społecznych z dnia 28. 7. 1939 roku (Dz. U. R. P. Nr 71, poz. 476).

Wymienione wyżej przepisy, zwłaszcza pod a) i b), były wielokrotnie zmieniane, wobec czego przy posługiwaniu się nimi należy korzystać z aktualnie obowiązujących tekstów.

Szczególne zmiany powojenne przyniosły dekrety Kr. R. N. z dnia 29.IX.1945 r. (Dz. U. R. P. Nr 43, poz. 240), z dnia 8. 1. 1946 r. (Dz. U. R. P. Nr 4, poz. 28) i wydane na tej podsta-

wie rozporządzenia oraz dekret z 28. 10. 1947 r. (Dz. U. R. P. Nr 66, poz. 413).

Specjalne przepisy prawne regulują dodatkowe ubezpieczenie społeczne górników.

4. ORGANIZACJA

(Art. 17 do 94 ust. o ub. społ., dekret z 7. 9. 1944 r. (Dz. U, R, P, Nr 5, poz. 24) i dekret z 28. 10. 1947 r. (Dz. U. R. P. Nr 66, poz, 414).

Powszechne ubezpieczenie społeczne wykonują na całym obszarze Państwa: Zakład Ubezpieczeń Społecznych (ZUS) i ubezpieczalnie społeczne. ZUS posiada centralę w Warszawie oraz 6 oddziałów (Chorzów, Gdańsk, Kraków, Łódź, Poznań i Wrocław). Ubezpieczalni społecznych jest obecnie 61. Każda z nich ma określony dla siebie obszar działania.

Do zakresu czynności **ubezpieczalni społecznych** należy udzielanie świadczeń leczniczych (pomocy leczniczej) ubezpieczonym na wypadek choroby i ich rodzinom, rencistom Zakładu, emerytom państwowym (i niektórych innych instytucyj) i ich rodzinom oraz wypłata zasiłków pieniężnych ubezpieczonym, niezdolnym do pracy wskutek choroby.

Poza tym ubezpieczalnie ustalają obowiązek ubezpieczenia, wymierzają i pobierają składki, zarówno z tytułu ubezpieczenia chorobowego, jak i ubezpieczeń emerytalnych i ubezpieczenia wypadkowego. Ponadto przyjmują one roszczenia o świadczenia z tytułu tych rodzajów ubezpieczenia oraz prowadzą dochodzenia dla ustalenia przez ZUS prawa do świadczeń z ubezpieczeń rentowych i ich wysokości. Ubezpieczalnie wypłacają również zaliczki na zapomogi pośmiertne z ubezpieczeń rentowych, wreszcie orzekają o obowiązku opłacania składek za ubezpieczenie rodzinne, pobierają te składki oraz ustalają prawo do zasiłków rodzinnych i wypłacają je, o ile pewne czynności nie zostały przekazane innym instytucjom czy osobom (np. wypłata zasiłków rodzinnych należy częściowo do pracodawców, częściowo do instytucyj wypłacających renty, zaopatrzenia itp.).

Niezależnie od tego ubezpieczalnie spełniają szereg czynności zleconych, jak np. udzielanie pomocy leczniczej inwalidom wojennym itp.

Zakład Ubezpieczeń Społecznych rozpatruje roszczenia o świadczenia z ubezpieczeń rentowych (ubezpieczenie emerytalne robotników, pracowników umysłowych i ubezpieczenie od

wypadków), wydaje decyzje (orzeczenia) o przyznaniu, odmowie, wstrzymaniu lub zmianie świadczeń z tych ubezpieczeń, wypłaca świadczenia, kieruje ogólną akcją leczniczą ubezpieczeń społecznych i bierze udział w akcji bezpieczeństwa pracy. Poza tym ZUS uzgadnia działalność ubezpieczalni oraz spełnia nad nimi nadzór i kontrolę. ZUS łącznie z ubezpieczalniami administruje ubezpieczeniem rodzinnym. Zasiłki rodzinne dla rencistów wypłaca ZUS.

Zarówno ZUS jak i ubezpieczalnie nie są instytucjami państwowymi, lecz zostały powołane przez Państwo do wykonywania specjalnych zadań — ubezpieczenia społecznego. Instytucje te zostały zorganizowane na wzór samorządowy.

Organami ZUS są: Rada —jako ciało uchwałodawcze, naczelny dyrektor — posiadający władzę wykonawczą i komisja rewizyjna, stanowiąca czynnik kontroli. Ponadto przewidziane są komisje świadczeniowe.

Analogiczny podział funkcji znajdujemy w ubezpieczalniach społecznych pomiędzy ich organami: tymczasową radą, tymczasowym zarządem oraz tymczasową komisją rewizyjną i rozjemczą.

Charakterystyczną cechą dla struktury ZUS jest fakt, że udzielane przezeń świadczenia nie płyną z majątku Zakładu, lecz z funduszów ubezpieczeniowych (Fundusz Ubezpieczenia od Wypadków i Chorób Zawodowych, Fundusz Ubezpieczenia Emerytalnego Robotników i Fundusz Ubezpieczenia Pracowników Umysłowych), które są odrębnymi osobami prawnymi, Zakład zaś jedynie ich administratorem. Specjalny charakter ma Ogólny Fundusz Ubezpieczenia na Wypadek Choroby i Macierzyństwa, administrowany również przez ZUS. Utworzony obecnie Fundusz Zasiłków Rodzinnych posiada charakter podobny do tamtych funduszów.

Poza wymienionymi wyżej instytucjami ubezpieczenia powszechnego, działają jeszcze jako instytucje ubezpieczenia dodatkowego górników: Spółka Bracka w Tarnowskich Górach i Kasa Bratnia Górników w Sosnowcu.

Państwową władzą nadzorczą nad instytucjami ubezpieczeń społecznych jest Minister Pracy i Opieki Społecznej, który częściowo wykonywanie nadzoru nad ubezpieczalniami społecznymi powierzył Zakładowi Ubezpieczeń Społecznych.

Skargi na decyzje instytucyj ubezpieczeń społecznych rozpatrują tymczasowe komisje rozjemcze i sądy ubezpieczeń społecznych (patrz rozdział 16).

5. OBOWIĄZEK UBEZPIECZENIA

(Art. 2 do 12 ust. o ub. społ., art. 2 do 10 rozp. o ub. prac. umysł. i dekret o ubezp. rodzinnym).

Na całym obszarze Państwa obowiązuje obecnie jednolite ubezpieczenie na wypadek choroby i macierzyństwa, ubezpieczenie emerytalne i ubezpieczenie od wypadków oraz ubezpieczenie rodzinne. Koło osób jednak, podlegających poszczególnym rodzajom ubezpieczeń (osobowy zakres ubezpieczeń), nie jest jeszcze całkowicie jednolite, mimo że w ostatnich latach zrobiono dużo w tym kierunku.

Dlatego też, gdy trzeba ustalić obowiązek ubezpieczenia w konkretnej sprawie, należy jednocześnie określić:

a) **o jaki rodzaj ubezpieczenia chodzi** (chorobowe, emerytalne robotników czy pracowników umysłowych, wypadkowe, rodzinne),

b) **na jakim obszarze** (np. obecnie jeszcze nie na całym obszarze Państwa obowiązuje ubezpieczenie emerytalne robotników rolnych),

c) **w jakim czasie** (ponieważ rozszerzenie ubezpieczeń na poszczególnych obszarach i w zakresie poszczególnych rodzajów ubezpieczeń odbywało się stopniowo, np. ubezpieczenie rodzinne od 1. I. 1948 r.),

d) **jaki był charakter i warunki zatrudnienia** (np. pracownik umysłowy czy fizyczny, rolny czy przemysłowy, wiek pracownika w chwili podjęcia zatrudnienia po raz pierwszy).

W myśl **ustawy o ubezpieczeniu społecznym** obowiązkowi ubezpieczenia, uregulowanego tą ustawą (chorobowe, wypadkowe i emerytalne robotników) podlegają bez różnicy płci **osoby pozostające w stosunku pracy najemnej lub w stosunku służbowym** oraz: uczniowie, praktykanci, zatrudnieni przez pracodawcę krewni jego i powinowaci z wyjątkiem małżonka, chałupnicy i osoby z nimi pracujące, więźniowie zatrudnieni w myśl przepisów o organizacji więziennictwa. Poza tym podlegają ubezpieczeniu (w ograniczonym zakresie) drobni producenci rolni, (drobni gospodarze rolni) oraz osoby wykonujące samodzielnie zawód żeglarski (drobni rybacy).

Jak z tego wynika, ubezpieczenie społeczne obejmuje bardzo szerokie koło osób i to nie tylko osoby wykonywujące pracę najemną, ale także te które nie są zatrudnione na podstawie umowy i pracę, jak np. uczniowie, krewni pracodawcy, a nawet osoby samodzielnie zarobkujące (drobni producenci rolni).

W myśl rozporządzenia **o ubezpieczeniu pracowników umysłowych** obowiązkowi ubezpieczenia emerytalnego podlegają pracownicy umysłowi, którzy ukończyli 16 lat, a nie przekroczyli 60 lat życia i są zatrudnieni u innych osób.

Przepisy dekretu **o ubezpieczeniu rodzinnym** obejmują obecnie następujące grupy:

a) osoby podlegające obowiązkowi ubezpieczenia na wypadek choroby i macierzyństwa w powszechnym ubezpieczeniu lub w instytucjach zastępczych (np. P. K. P., zarząd miejski w Warszawie i Lublinie, tj. w instytucjach, posiadających własną organizację pomocy leczniczej);

b) osoby uprawnione do okresowych świadczeń pieniężnych czyli zasiłków z tytułu ubezpieczenia na wypadek choroby i macierzyństwa;

c) osoby uprawnione do zaopatrzeń emerytalnych lub do rent (zaopatrzeń) z tytułu ubezpieczeń społecznych, lub z instytucyj zastępczych;

d) sieroty uprawnione do zaopatrzeń emerytalnych lub rent (zaopatrzeń) z ubezpieczeń społecznych lub instytucyj zastępczych;

e) sieroty uprawnione do zaopatrzeń (zasiłków) na podstawie przepisów o zaopatrzeniach specjalnych, które wyliczone są niżej w części omawiającej świadczenia.

Wyłączono tu przejściowo w grupie a) i b) pracowników rolnych z wyjątkiem zatrudnionych w gospodarstwach leśnych i ogrodowych, oraz w grupie c) rencistów wypadkowych, których niezdolność wynosi mniej niż 66 i ⅔%.

Od zawartych w poszczególnych ustawach zasad ogólnych podlegania ubezpieczeniu są jednak liczne wyjątki, z których **najważniejsze** zostaną przedstawione, a mianowicie:

Nie podlegają w ogóle ubezpieczeniu osoby odbywające czynną służbę wojskową, cudzoziemcy zatrudnieni w przedstawicielstwach państw obcych, duchowni (są jednak wyjątki). Z ubezpieczenia emerytalnego pracowników umysłowych mogą się wyłączyć dobrowolnie niektóre kategorie pracowników np. adwokaci, lekarze.

Istnieją grupy osób, które **podlegają tylko niektórym rodzajom ubezpieczenia.** Przykładowo: etatowi pracownicy państwowi podlegają tylko ubezpieczeniu na wypadek choroby i macierzyństwa oraz ubezpieczeniu rodzinnemu, gdyż prawo do świadczeń emerytalnych mają zapewnione ze strony Skarbu Państwa; drobni producenci rolni (na obszarach, na których

obowiązywała dawniej niemiecka ordynacja ubezpieczeniowa) podlegają tylko ubezpieczeniu od wypadków.

Ogólnie biorąc, pracownicy fizyczni i umysłowi, nie będący ani etatowymi pracownikami państwowymi, samorządowymi lub instytucyj państwowych i samorządowych, ani pracownikami rolnymi, podlegają na całym obszarze Państwa ubezpieczeniu **w pełnym zakresie,** tj. chorobowemu, emerytalnemu i wypadkowemu oraz ubezpieczeniu rodzinnemu.

Osobnego omówienia wymaga sprawa pracowników rolnych. Pracownicy ci obecnie na całym obszarze Państwa podlegają z pewnymi wyjątkami, ubezpieczeniu wypadkowemu, chorobowemu i emerytalnemu pracowników umysłowych (to ostatnie dotyczy oczywiście tylko rolnych pracowników umysłowych). Ubezpieczeniu emerytalnemu robotników podlegają pracownicy rolni tylko na ziemiach zachodnich. Przewiduje się rozszerzenie tego ubezpieczenia na obszar całego Państwa.

Zdarza się, że osoba, która podlegała powszechnemu ubezpieczeniu **emerytalnemu** przechodzi do innego zatrudnienia, w którym za zapewnione świadczenia emerytalne (np. zostaje etatowym pracownikiem państwowym). W przypadku takim Państwowy Zakład Emerytalny zalicza okres ubezpieczenia w ZUS do okresu służby państwowej. Możliwe są również odwrotne sytuacje, wówczas postępuje się analogicznie, tj. ZUS zalicza okres etatowej służby państwowej do ubezpieczenia w ZUS.

Poza przymusowym podleganiem ubezpieczeniu powszechnemu przepisy przewidują możliwość **dobrowolnego ubezpieczenia się** pewnych osób w ubezpieczeniu powszechnym chorobowym oraz możliwość **kontynuowania ubezpieczenia** chorobowego i emerytalnego przez te osoby, które przestały podlegać powszechnemu ubezpieczeniu.

Pracodawcy obowiązani są zgłaszać do ubezpieczenia osoby zatrudnione a podlegające ubezpieczeniu, oraz zawiadamiać ubezpieczalnię o zwolnieniu z pracy. Jeżeli chodzi o osoby podlegające tylko ubezpieczeniu od wypadków, nie ma indywidualnych zgłoszeń do tego ubezpieczenia. Dla pewnych grup zakładów pracy przewidziane są specjalne, ulgowe zasady zgłaszania, wymiaru i poboru składek.

Osoby podlegające ubezpieczeniu, których pracodawca nie zgłosił do ubezpieczenia, powinny zawiadomić o tym ubezpieczalnię.

• **Orzekanie o obowiązku ubezpieczenia** należy do ubezpie-

czalni społecznych. Spory z tej dziedziny rozstrzygają sądy ubezpieczeń społecznych.

6. ZAROBKI I SKŁADKI

(Art. 13 do 16 i 217 do 232 ustawy o ub. społ., art. 11 do 14 i 101 do 110 rozp. o ub. pr. umysł. oraz dekret o ubezp. rodzinnym).

Celem ubezpieczeń jest udzielanie świadczeń. Dla spełnienia tego celu konieczne jest posiadanie odpowiednich środków pieniężnych. Środki te uzyskują ubezpieczalnie w postaci składek ubezpieczeniowych oraz (zwłaszcza dla celów ubezpieczeń emerytalnych) w postaci dopłat lub innej formy pomocy ze strony Skarbu Państwa. Składki płacone były dawniej przez pracownika i przez pracodawcę. Jedynie w ubezpieczeniu od wypadków oraz w niektórych wyjątkowych przypadkach w innych rodzajach ubezpieczeń, składkę ponosił w całości pracodawca. **Obecnie składki na wszystkie rodzaje powszechnego ubezpieczenia społecznego** w Polsce opłacają w całości pracodawcy, chyba, że chodzi o ubezpieczenie dobrowolne lub kontynuowanie ubezpieczenia; w takim przypadku składki opłaca sam ubezpieczony.

Składki muszą być zbierane w takiej wysokości, aby wystarczyły na koszty świadczeń oraz na inne wydatki związane z ubezpieczeniem oraz na pewne rezerwy. Systemy finansowe w ubezpieczeniach oraz systemy uiszczania składek są rozmaite. Ponieważ jednak jest to zagadnienie bardzo specjalne, przeto w niniejszym opracowaniu nie będzie omawiane.

Podstawę wymiaru składek stanowią pełne, faktyczne zarobki ubezpieczonego. Za zarobek uważa się całkowity dochód ubezpieczonego, stanowiący wynagrodzenie za pracę, a więc: wynagrodzenie pieniężne z wszelkimi dodatkami (procenty, premie, tantiemy), wynagrodzenie za godziny nadliczbowe, wynagrodzenie w naturze, a nawet świadczenia osób trzecich, jeżeli ich udzielanie jest w zwyczaju. Dla ułatwienia stosuje się w szerokim zakresie wymiar składek od zarobków przeciętnych, ryczałtowo ustalonych (np. składki za ubezpieczenie od wypadków w rolnictwie wymierzane są według obszaru gospodarstwa).

Składkę opłaca się w odpowiednim stosunku do zarobków. W ubezpieczeniach: chorobowym i emerytalnym oraz ubezpieczeniu rodzinnym obowiązuje system składki przeciętnej, tj. wynoszącej pewien stały odsetek zarobków. Natomiast w ubez-

pieczeniu od wypadków składka jest zróżnicowana, zależnie od stopnia niebezpieczeństwa wypadku lub choroby zawodowej w poszczególnych gałęziach produkcji, z uwzględnieniem także stanu bezpieczeństwa pracy w danym zakładzie pracy.

Wysokość **pełnej** składki wynosi (w procencie zarobku):

a) za ubezpieczenie chorobowe robotników 5%,
za ubezpieczenie chorobowe pracowników umysłowych 4,6%,
za ubezpieczenie chorobowe etatowych pracowników państwowych 3,5%;

b) za ubezpieczenie emerytalne robotników 5,3%,
za ubezpieczenie emerytalne górników i hutników 5,9%,
za ubezpieczenie emerytalne pracowników umysłowych 8%;

c) za ubezpieczenie od wypadków, zależnię od stopnia niebezpieczeństwa od 0,18% do 7,8% zarobku oprócz dodatku jednolitego, wynoszącego 0,3 lub 0,2%;

d) za ubezpieczenie rodzinne — 10%.

Ponadto ubezpieczalnie społeczne pobierają składki za ubezpieczenie na wypadek braku pracy pracowników umysłowych (2%) i za ubezpieczenie na wypadek bezrobocia robotników (2%, a za sezonowych pracowników 4%). Ponieważ kwestia świadczeń na wypadek braku pracy nie jest przedmiotem niniejszej pracy, przeto sprawa ta bliżej nie będzie omawiana.

Składki dla wszystkich rodzajów powszechnego ubezpieczenia społecznego wymierzają i pobierają w zasadzie ubezpieczalnie społeczne. Z zebranych kwot ubezpieczalnie wyłączają składki na ubezpieczenia rentowe i po potrąceniu kosztów przekazują je do ZUS, który wypłaca świadczenia z ubezpieczeń rentowych. Szereg instytucji opłaca składki centralnie wprost do ZUS za wszystkich swych pracowników, zatrudnionych na terenie Państwa w poszczególnych jednostkach administracyjnych; ZUS rozprowadza składki te pomiędzy ubezpieczalnie społeczne. Taki system wymiaru składek stosowany jest do Skarbu Państwa za kontraktowych i etatowych pracowników państwowych, do trzech przedsiębiorstw państwowych, tj. Polskie Koleje Państwowe, Lasy Państwowe oraz Polska Poczta, Telegraf i Telefon i do Polskiego Radia.

W razie niezapłacenia przez pracodawcę składek w terminie, pobierane są odsetki zwłoki (9%). Zaległe składki ściągają ubezpieczalnie w drodze egzekucji.

7. RODZAJE ŚWIADCZEŃ I ŁĄCZNOŚĆ MIĘDZY NIMI

Zależnie od tego, co bierzemy za podstawę podziału, rozróżniamy:

a) świadczenia **z ubezpieczenia chorobowego i z ubezpieczenia rodzinnego** oraz świadczenia **z ubezpieczeń rentowych** (wypadkowe, emerytalne robotników i emerytalne pracowników umysłowych),

b) świadczenia **dla ubezpieczonych** i świadczenia dla ich **rodzin,**

c) świadczenia **pieniężne** (renty, zaopatrzenia, dodatki do rent, zapomogi pośmiertne, zasiłki pogrzebowe, zasiłki chorobowe, zasiłki rodzinne) i świadczenia **w naturze** (pomoc lecznicza, lekarstwa, protezy, wyprawki dla niemowląt itp.),

d) świadczenia **dobrowolne,** zależne od uznania instytucji (są one wyjątkowe) i świadczenia **obowiązkowe,** które stanowią regułę.

Świadczenia **pieniężne** dzielimy na **jednorazowe** (zapomogi pośmiertne, zasiłki pogrzebowe, jednorazowe odprawy) i **periodyczne** (renty, zaopatrzenia, dodatki do rent, zasiłki rodzinne).

Mimo rozmaitości rodzajów ubezpieczeń, objętych ubezpieczeniem powszechnym, istnieje ścisła łączność między tymi świadczeniami.

W razie choroby, z pomocy leczniczej (bez względu na przyczynę choroby) korzystają osoby uprawnione przede wszystkim na podstawie **ubezpieczenia chorobowego.** Po wyczerpaniu tych świadczeń, jeżeli posiadają wymagane warunki, korzystają nadal, jako renciści, z pomocy leczniczej z ubezpieczalni, ale na rachunek ubezpieczeń rentowych. Jeżeli leczenie przedłuża się i ubezpieczony jest **niezdolny do zarobkowania,** wtedy — jeżeli podlega jednocześnie ubezpieczeniu emerytalnemu — może uzyskać rentę z tego ubezpieczenia gdy posiada do niej warunki. Jeżeli niezdolność do zarobkowania jest skutkiem wypadku w zatrudnieniu albo choroby zawodowej — przysługuje także renta z ubezpieczenia od wypadków. Jednakże gdy prawo do tej renty zbiega się z prawem do renty z ubezpieczenia emerytalnego, wówczas jedną z tych rent wypłaca się w całości, a drugą tylko w połowie.

W razie śmierci ubezpieczonego — osoba, która pokryła koszty pogrzebu, otrzymuje z ubezpieczalni zasiłek pogrzebowy z tytułu ubezpieczenia chorobowego. Ponadto rodzina zmarłe-

go ma prawo do jednorazowej zapomogi pośmiertnej z ubezpieczeń rentowych, (wypłacanej wprawdzie zaliczkowo przez ubezpieczalnię, ale na rachunek ubezpieczeń rentowych), niezależnie od zasiłku pogrzebowego z tytułu ubezpieczenia chorobowego. (Oprócz tych świadczeń pośmiertnych niektóre grupy zatrudnionych mają zapewnione dla swej rodziny także pewne świadczenia jednorazowe od pracodawcy lub ze związkowych funduszów pośmiertnych).

Oprócz świadczeń jednorazowych rodzina pozostała po zmarłym może uzyskać **rentę** miesięczną (zobacz rozdziały 11, 12 i 13).

Jeżeli chodzi o świadczenia pieniężne, łączność świadczeń wyraża się, jak wspomniano wyżej, przez ich obniżenie lub zawieszenie w niektórych przypadkach, gdy przysługuje jednocześnie prawo do pobierania kilku rodzajów świadczeń pieniężnych. Przykładowo:

a) renta wypadkowa przysługuje od ustania prawa do zasiłku z ubezpieczenia chorobowego lub od ustania prawa do wynagrodzenia od pracodawcy za okres leczenia skutków wypadku;
b) jeżeli kto ma prawo do kilku rent z ubezpieczeń rentowych, wówczas wypłaca mu się w całości tylko jedną rentę, a pozostałe renty obniża się do połowy;
c) jednorazową zapomogę pośmiertną wypłaca się tylko jedną; to samo dotyczy dodatku dla bezradnych i dodatków na dzieci; zasiłku pogrzebowego z ubezpieczenia chorobowego nie uważa się w tych wypadkach za zapomogę pośmiertną;
d) dodatek dla bezradnych nie przysługuje na czas pobytu w szpitalu;
e) dodatek rodzinny może być wypłacony tylko z jednego tytułu ustawowego, a więc albo z tytułu zatrudnienia albo z tytułu pobierania renty. Łączenie dwóch lub więcej tytułów ustawowych, uprawniających do otrzymania dodatku rodzinnego jest niedopuszczalne.

Specjalne przepisy regulują szczególne warunki do rent (jak np. renty dla więźniów, prawo do renty w razie rozwodu albo unieważnienia małżeństwa, zawarcia małżeństwa w późnym wieku, w razie zarządzenia leczenia zapobiegawczego) oraz cały szereg wyjątkowych sytuacji, jak np. potrącenie z rent, lub egzekucję na świadczeniach pieniężnych.

8. ŚWIADCZENIA Z UBEZPIECZENIA NA WYPADEK CHOROBY I MACIERZYŃSTWA

(Art. 95 do 133 ustawy o ubezp. społ.).

Świadczenia te są następujące:

A. Dla ubezpieczonego w razie choroby:

a) **Pomoc lecznicza** nie dłużej, niż przez 26 tygodni w poszczególnym przypadku choroby. Pomoc lecznicza obejmuje: opiekę lekarską, leki, środki opatrunkowe, środki lecznicze i pomocnicze oraz protezy. W razie potrzeby chory może być umieszczony w szpitalu lub sanatorium. Dokładne warunki udzielania pomocy leczniczej ustalają regulaminy dla chorych.

b) **Pieniężny zasiłek chorobowy** przysługuje przez cały czas choroby, połączonej z niezdolnością do pracy, najdłużej jednak przez 26 tygodni. Niezdolność do pracy stwierdza lekarz ubezpieczalni. Jeżeli niezdolność trwa mniej, niż 3 dni, zasiłek w ogóle nie przysługuje. Zasiłek chorobowy przysługuje w zasadzie (pominąwszy wyjątki) dopiero po upływie 4 tygodni ubezpieczenia; ograniczenie to nie obowiązuje, gdy choroba jest skutkiem wypadku w zatrudnieniu lub chorobą ostrą albo zakaźną. Zasiłek wynosi za każdy dzień niezdolności do pracy 70% zarobku obliczonego na podstawie zarobków z okresu ostatnich 13 tygodni. Za czas leczenia szpitalnego wypłaca się **zasiłek domowy** (dla posiadających na utrzymaniu rodzinę), a dla ubezpieczonych nie posiadających rodziny **zasiłek szpitalny.** Zasiłek domowy wynosi połowę zasiłku chorobowego, zasiłek szpitalny $^1/_6$ zasiłku chorobowego.

Niektóre kategorie ubezpieczonych nie otrzymują w ogóle zasiłków pieniężnych, np. pracownicy umysłowi w tym okresie czasu, w którym mają prawo do całkowitego wynagrodzenia od pracodawcy, etatowi pracownicy państwowi, robotnicy w okresie czasu, w którym w myśl przepisów służbowych lub umowy zbiorowej otrzymują od pracodawcy całkowite wynagrodzenie.

Oprócz zasiłków wypłaca się dodatki na dzieci, w wysokości 5% zarobku na każde dziecko, utrzymywane przez ubezpieczonego.

c) W razie śmierci uprawnionego członka rodziny, ubez-

pieczony otrzymuje na pokrycie kosztów pogrzebu **zasiłek pogrzebowy** w wysokości półtoratygodniowego zarobku.

B. **Dla ubezpieczonej kobiety w razie połogu:**

a) **pomoc lecznicza i położnicza** przed porodem, w czasie porodu i po porodzie, albo umieszczenie w zakładzie położniczym,

b) **zasiłek połogowy** przez 12 tygodni, albo w razie przebywania w szpitalu (zakładzie położniczym) zasiłek szpitalny lub domowy. Zasiłek połogowy wynosi 100% zarobku na każdy dzień. Warunkiem korzystania z zasiłku połogowego jest odpowiednio długi okres ubezpieczenia (4 miesiące). Inne warunki wypłaty zasiłku połogowego są takie, jak przy zasiłku chorobowym, tzn. osoby, które nie są uprawnione w ogóle do zasiłku chorobowego nie mają prawa do zasiłku połogowego;

c) **zasiłek dla karmiących matek** — w ilości 1 litra mleka dziennie lub równowartość w gotówce według cen miejscowych — przez czas nie dłuższy, niż 12 tygodni, licząc od ustania pobierania zasiłku połogowego.

C. **Dla członków rodzin:**

a) **pomoc lecznicza** przez czas najdłużej 13 tygodni, w poszczególnym przypadku choroby w roku kalendarzowym, w takim zakresie jak dla ubezpieczonego;

b) **pomoc położnicza;**

c) **zasiłek dla karmiących** matek w wysokości połowy zasiłku, przysługującego karmiącym kobietom ubezpieczonym.

Ponadto w razie śmierci ubezpieczonego ubezpieczalnia wypłaca **zasiłek pogrzebowy** w wysokości trzytygodniowego zarobku ubezpieczonego. Zasiłek ten otrzymuje przede wszystkim ten, kto pokrył koszty pogrzebu (chociażby to była osoba obca).

Za członków rodziny uprawnionych do świadczeń uważa się:

a) żonę ubezpieczonego lub niezdolnego do zarobkowania męża ubezpieczonej kobiety,

b) dzieci (z małżeństwa, pozamałżeńskie, przysposobione) i wnuki do lat 16 lub starsze, jeżeli są niezdolne do zarobkowania, a jeżeli kształcą się, to do ukończenia 21 roku, w razie zaś studiów wyższych — do ukończenia 24 roku życia.

Osoby te mają prawo do świadczeń z ubezpieczenia choro-

bowego pod tym warunkiem, że są na wyłącznym i całkowitym utrzymaniu ubezpieczonego, same nie są ubezpieczone i w zasadzie gdy zamieszkują razem z nim. Warunek wspólnego zamieszkiwania z ubezpieczonym nie odnosi się do żony i dzieci ubezpieczonego, jeżeli te osoby zamieszkują na terenie Rzeczypospolitej. Wnukowie ubezpieczonego mogą posiadać 4-tygodniową przerwę, w zamieszkiwaniu z dziadkiem lub babką, względnie przerwę dłuższą za zgodą ubezpieczalni i przerwa taka nie powoduje dla wnuków utraty uprawnień do świadczeń.

Na równi z członkami rodziny, wymienionymi wyżej, mają prawo do świadczeń z ubezpieczenia chorobowego najwyżej dwie osoby spośród pozostałej rodziny ubezpieczonego, utrzymywane wyłącznie i całkowicie przez ubezpieczonego i zamieszkałe z nim razem we wspólnym gospodarstwie domowym. Jeżeli ubezpieczony nie zgłosi tych osób (jednej lub obu) z pozostałej rodziny, może zgłosić jedną osobę nie należącą do rodziny, jeżeli osoba ta co najmniej od 6 miesięcy posiada warunki wymagane dla członków rodziny, tj. pozostaje na całkowitym i wyłącznym utrzymaniu ubezpieczonego, zamieszkuje z nim we wspólnym gospodarstwie domowym i nie jest sama ubezpieczona na wypadek choroby. Dwie osoby z pozostałej rodziny ubezpieczonego, wzgl. jedna osoba obca mają prawo do świadczeń od chwili zgłoszenia ubezpieczonego do ubezpieczenia, jeśli je wpisano na odpowiednim formularzu zgłoszeniowym; jeżeli jednak ubezpieczony zgłosi je później, wówczas będą mogły korzystać ze świadczeń dopiero po 13 tygodniach od dnia faktycznego ich zgłoszenia do ubezpieczalni.

Obowiązek udzielania świadczeń z ubezpieczenia chorobowego ustaje zasadniczo z dniem ustania ubezpieczenia. Jeżeli jednak ktoś rozpoczął leczenie w czasie trwania obowiązku ubezpieczenia, to ma prawo leczyć się dalej w ubezpieczalni, chociażby w międzyczasie ubezpieczenie ustało. Ponadto osoby, które przed zachorowaniem były przez czas dłuższy ubezpieczone, mogą rozpocząć leczenie nawet w ciągu 3, a w pewnych przypadkach — w ciągu 4 tygodni od chwili ustania ubezpieczenia. Jednakże te ostatnie osoby mają ograniczone prawo do świadczeń, nie otrzymują bowiem zasiłków ani protez, a okres korzystania ze świadczeń wynosi tylko 13 tygodni. Te ostatnie ograniczenia nie stosują się do chorób o dłuższym okresie wylęgania, jak np. dur plamisty.

Postępowanie w sprawach świadczeń z ubezpieczenia na wypadek choroby i macierzyństwa oraz pomocy leczniczej dla rencistów, emerytów i ich rodzin

(Art. 115 do 127 ustawy o ub. społ.).

Ubezpieczony, w chwili podjęcia nowego zatrudnienia, celem zapewnienia w przyszłości sobie i swej rodzinie świadczeń z ubezpieczeń społecznych, powinien dopilnować, aby pracodawca zgłosił go do ubezpieczenia w sposób prawidłowy. Pracodawca jest obowiązany przedstawić pracownikowi do podpisania **formularz zgłoszenia do ubezpieczenia.** Pracownik powinien zbadać, czy jego nazwisko i imię, data urodzenia oraz wykonywane czynności zostały wpisane do tego formularza w sposób właściwy. Ważne jest także, aby w odpowiedniej rubryce formularza wpisano numer legitymacji ubezpieczeniowej pracownika, jeżeli ją już posiada. Do formularza zgłoszenia powinien pracownik wpisać członków swojej rodziny, uprawnionych do świadczeń z ubezpieczenia na wypadek choroby i macierzyństwa. Przestrzeganie tych wskazówek ułatwi w dużym stopniu skorzystanie we właściwym czasie ze świadczeń.

Pomocy leczniczej dla osób podlegających ubezpieczeniu chorobowemu, dla ich rodzin oraz dla rencistów i emerytów (i ich rodzin), inwalidów wojennych i wojskowych, byłych skazańców politycznych i innych osób uprawnionych do otrzymania tej pomocy, udzielają miejscowe ubezpieczalnie społeczne za pośrednictwem lekarzy domowych, lekarzy specjalistów (w gabinetach prywatnych tych lekarzy), w ambulatoriach, szpitalach, zakładach leczniczych, sanatoriach itp.

Ubezpieczony powinien posiadać **legitymację ubezpieczeniową,** aby w przypadku gdy zajdzie potrzeba korzystania ze świadczeń przez niego lub jego rodzinę, mógł udowodnić swe uprawnienia. Legitymację ubezpieczeniową wydaje ubezpieczalnia bezpłatnie po wypełnieniu przez ubezpieczonego odpowiedniej deklaracji (formularz wydaje ubezpieczalnia) i poświadczeniu tej deklaracji przez zarząd gminy lub w miastach przez osobę prowadzącą meldunki. Składając deklarację, ubezpieczony jednocześnie załącza własną fotografię i tych członków rodziny, powyżej 14 lat, którzy mogą być uprawnieni do świadczeń.

Ubezpieczalnia wyznaczy termin dla odbioru gotowej legitymacji. Legitymację ubezpieczeniową należy starannie przechowywać. W razie potrzeby korzystania ze świadczeń należy legi-

tymację ubezpieczeniową przedstawić pracodawcy w celu poświadczenia trwania stosunku pracy. Takie stwierdzenie pracodawcy jest ważne przez miesiąc.

Jeśli rodzina ubezpieczonego powiększy się, należy zwrócić się do ubezpieczalni o wpisanie do legitymacji nowych członków rodziny, uprawnionych do świadczeń.

Ubezpieczony, nie posiadający jeszcze legitymacji ubezpieczeniowej, uzyskuje świadczenia dla siebie i rodziny na podstawie dowodu zastępczego, tj. zaświadczenia, sporządzonego przez pracodawcę na luźnym arkuszu papieru. Powinno ono stwierdzać: fakt zatrudnienia pracownika, zgłoszenia go do ubezpieczenia, okres i charakter zatrudnienia. Czasokres ważności takiego zaświadczenia jest taki sam jak poświadczenia pracodawcy dokonanego w legitymacji ubezpieczeniowej. Dla każdej osoby zgłaszającej się o świadczenia musi być wydane oddzielne zaświadczenie. Nadto członkowie rodziny muszą przy korzystaniu z luźnego zaświadczenia pracodawcy udowodnić swój stosunek rodzinny do ubezpieczonego. Każda osoba licząca ponad lat 14, korzystająca ze świadczeń na podstawie oddzielnego zaświadczenia pracodawcy obowiązana jest przedstawić na żądanie ubezpieczalni dowód tożsamości z fotografią.

Takie same dowody przedstawia ubezpieczony i jego rodzina, jeżeli zachodzi potrzeba korzystania ze świadczeń chorobowych w czasie pobytu poza obszarem działania tej ubezpieczalni, w której jest on zgłoszony do ubezpieczenia. Obecnie zbędne jest w zasadzie uzyskiwanie przekazów na leczenie z tej ubezpieczalni, w której jest się ubezpieczonym.

Funkcjonariusze państwowi podlegający w ubezpieczalni tylko ubezpieczeniu na wypadek choroby i macierzyństwa udowadniają swe prawa do pomocy leczniczej okazaniem legitymacji służbowej, poświadczonej aktualnie przez swą władzę, a ich członkowie rodziny — zaświadczeniem tej władzy.

Osoby otrzymujące renty z ubezpieczeń emerytalnych, ubezpieczenia od wypadków lub emerytury udowadniają swe uprawnienia do pomocy leczniczej na podstawie: 1) legitymacji uprawniającej do pomocy leczniczej, wystawionej przez instytucję, która wypłaca rentę lub emeryturę, oraz 2) odcinka przekazu, stwierdzającego pobranie renty lub emerytury **za ubiegły miesiąc** i 3) jakiegokolwiek dowodu tożsamości. Ich członkowie rodziny otrzymują pomoc leczniczą dopiero po wpisaniu ich przez ubezpieczalnię do legitymacji, uprawniającej do pomocy leczniczej.

Inwalidzi wojenni i wojskowi udowadniają swe uprawnienia do pomocy leczniczej przez okazanie książki inwalidzkiej.

Skazańcy polityczni są uprawnieni do leczenia na zasadzie przekazu, wystawionego przez właściwą władzę administracji ogólnej.

Uczestnicy walk o niepodległość Państwa Polskiego, zgłaszający się o pomoc leczniczą do ubezpieczalni, legitymują się zaświadczeniem Izby Skarbowej, ważnym na 1 rok kalendarzowy.

Osoby, pozostałe po uczestnikach ruchu podziemnego lub partyzanckiego oraz ofiary wrogów ustroju demokratycznego Polski dla otrzymania pomocy leczniczej z ubezpieczalni przedstawiają dowód uprawnienia, wydany przez komisję weryfikacyjną przy powiatowej lub miejskiej radzie narodowej.

Gdy chory, zgłaszający się po pomoc leczniczą **nie może się wykazać** odpowiednim dowodem, stwierdzającym jego uprawnienie do korzystania ze świadczeń ubezpieczalni, może otrzymać pomoc leczniczą tylko w nagłym i ciężkim przypadku, gdy zwłoka w udzieleniu pomocy groziłaby kalectwem lub utratą życia.

Ubezpieczalnie społeczne udzielają pomocy leczniczej i innych świadczeń **bezpłatnie.**

Chorzy, uprawnieni do pomocy leczniczej, leczeni są zasadniczo przez **lekarza domowego,** który w razie stwierdzonej potrzeby, kieruje chorych do lekarzy specjalistów. Zlecenie lekarza domowego nie jest potrzebne, jeżeli chodzi o pomoc następujących lekarzy-specjalistów: lekarzy chorób dziecięcych (dla dzieci do lat 6-ciu), lekarzy chorób wenerycznych, lekarzy dentystów i ginekologów.

Wezwanie lekarzy **do obłożnie chorych, przebywających w domu,** należy zgłaszać możliwie w godzinach przedpołudniowych, aby lekarz mógł jeszcze w tym samym dniu odwiedzić chorego.

Ubezpieczalnia jest obowiązana do zwrotu kosztów, spowodowanych wezwaniem lekarza prywatnego, tj. kosztów wizyty i leków tylko w wypadkach nagłych, gdy zwrócenie się do ubezpieczalni nie było możliwe, a zwłoka groziłaby niebezpieczeństwem i jeżeli ubezpieczalnia została zawiadomiona o wezwaniu lekarza najpóźniej w ciągu 5 dni od tego wypadku.

W razie potrzeby, stwierdzonej przez lekarza leczącego, ubezpieczalnia umieszcza chorego, uprawnionego do świadczeń w szpitalu, wystawiając odpowiedni przekaz i pokrywa koszty leczenia za okres przebyty przez chorego w szpitalu.

Koszty leczenia szpitalnego osób uprawnionych, a umieszczonych w szpitalu bez wiedzy ubezpieczalni, pokrywa ubezpieczalnia tylko w razie stwierdzenia, że miał miejsce wypadek, zagrażający życiu.

Leki i środki lecznicze otrzymują osoby uprawnione wyłącznie na podstawie przepisu lekarza ubezpieczalni, po zbadaniu stanu zdrowia. Leki i środki lecznicze wydają apteki ubezpieczalni lub na jej zlecenie, apteki prywatne.

Uprawnionym do świadczeń, o ile zachodzą wskazania lecznicze, **może być przyznane leczenie sanatoryjne,** w miarę wolnych miejsc, jakimi dysponuje ubezpieczalnia. Odpowiedni wniosek lekarza leczącego, udokumentowany badaniami wstępnymi, podlega ocenie komisji lekarskiej. O przyznaniu leczenia sanatoryjno-zdrojowego zawiadamia ubezpieczalnia w drodze korespondencyjnej.

Kosztów leczenia sanatoryjno-zdrojowego (pobyt, honoraria lekarskie, zabiegi, kąpiele, leki itp.), wynikłych z przeprowadzenia leczenia przez osobę uprawnioną do świadczeń, na własną rękę i bez zgody ubezpieczalni, nie zwraca się.

W uzasadnionych przypadkach lekarz leczący przepisuje choremu uprawnionemu środki pomocnicze (wkładki ortopedyczne, okulary, opaski brzuszne), względnie środki pomocnicze przeciwko zniekształceniu i kalectwu, o ile są one konieczne dla utrzymania zdrowia i przywrócenia zdolności do zarobkowania (protezy nóg i inne protezy robocze, protezy zębowe przy ubytku większej ilości zębów itp.). Przyznanie środków pomocniczych podlega zatwierdzeniu przez komisję lekarską. Osoba, której przyznano takie świadczenie, otrzymuje od ubezpieczalni społecznej stosowną decyzję i zlecenie do odpowiedniego zakładu, w celu technicznego wykonania zamówienia.

Zasiłek dla karmiących matek wypłaca ubezpieczalnia po przedstawieniu dowodu, że dziecko karmione było piersią matki. (Zaświadczenie wydaje lekarz lub położna).

Zasiłki chorobowe, domowe, szpitalne i połogowe wypłaca ubezpieczalnia po przedstawieniu zaświadczenia pracodawcy, wystawionego na formularzu, który można uzyskać w ubezpieczalni, a stwierdzającego wysokość zarobku ubezpieczonego w ciągu ostatnich 13 tygodni przed zachorowaniem, względnie połogiem. Lekarz wystawia dla takiego ubezpieczonego asygnatę zasiłkową, którą przy zasiłkach chorobowych zatwierdza komisja lekarska, badając jednocześnie chorego.

Zasiłek pogrzebowy wypłaca ubezpieczalnia osobie, która

udowodni, że pokryła koszt pogrzebu oraz przedstawia wypis świadectwa zgonu osoby, po której przysługuje zasiłek pogrzebowy.

W razie śmierci ubezpieczonego na wypadek choroby, który pozostawał również w ubezpieczeniu emerytalnym lub wypadkowym, należy przy składaniu świadectwa śmierci, zgłosić równocześnie ubezpieczalni społecznej roszczenie o zapomogę pośmiertną z ubezpieczenia emerytalnego lub, jeśli ubezpieczony zmarł wskutek wypadku w zatrudnieniu lub choroby zawodowej, z ubezpieczenia wypadkowego.

Zasiłki wypłacane są przez ubezpieczalnię bądź bezpośrednio w kasach ubezpieczalni, bądź też przekazywane przez P. K. O. lub pocztę.

Ubezpieczony wzgl. rencista czy emeryt, który czuje się **pokrzywdzony** odmownym stanowiskiem ubezpieczalni w sprawach świadczeń, **ma prawo żądać wydania mu decyzji na piśmie.**

Od decyzji tej może odwołać się do **komisji rozjemczej** w ciągu dni 30 od dnia doręczenia mu decyzji ubezpieczalni.

Na orzeczenie **komisji rozjemczej** służy skarga do właściwego okręgowego sądu ubezpieczeń społecznych, który orzeka ostatecznie.

9. ŚWIADCZENIA Z UBEZPIECZENIA RODZINNEGO

Ubezpieczenie rodzinne zostało wprowadzone dekretem z 28. 10. 1947 r. (Dz. U. R. P. Nr 66, poz. 414), zasadniczo od dn. 1. I. 1948 r.

Stanowi ono akt szczególnie ważny nie tylko ze względu na rozległe koło zainteresowanych nim osób, ale także z powodu stworzenia nowego rodzaju ubezpieczenia.

Celem tego ubezpieczenia jest zapewnienie **przede wszystkim** periodycznych **świadczeń pieniężnych** (zasiłków), z przeznaczeniem ich na utrzymanie członków rodziny pracowników czynnych oraz szerokiego koła emerytów, rencistów, osób korzystających z zaopatrzeń, zasiłków itp.

Świadczeniami w ubezpieczeniu rodzinnym są: a) **zasiłki rodzinne,** wypłacane miesięcznie przez ubezpieczalnie społeczne, instytucje wypłacające renty, emerytury itp. oraz przejściowo przez pracodawców, b) **wyprawki dla niemowląt.**

Prawo do zasiłków rodzinnych mają:

a) osoby podlegające obowiązkowi ubezpieczenia na wypa-

dek choroby i macierzyństwa, z wyjątkiem pracowników rolnych (do pracowników rolnych nie zalicza się w tym przypadku pracowników gospodarstw leśnych i ogrodowych), albo mające prawo do pomocy leczniczej z instytucji zastępczej,

b) osoby, które po rozwiązaniu stosunku pracy lub stosunku służbowego są uprawnione do zasiłków z ubezpieczenia chorobowego (byli pracownicy),

c) osoby uprawnione do zaopatrzeń emerytalnych lub do rent (zaopatrzeń) z ubezpieczeń społecznych, ze Skarbu Państwa i z instytucyj ubezpieczenia zastępczego, z wyjątkiem osób uprawnionych do renty wypadkowej, wynoszącej mniej, niż ⅔ renty pełnej (66 i ⅔% niezdolności do zarobkowania),

d) sieroty uprawnione do zaopatrzeń emerytalnych lub do rent (zaopatrzeń) z ubezpieczeń społecznych, albo z ubezpieczeń zastępczych i ze Skarbu Państwa,

e) sieroty uprawnione do zaopatrzeń (zasiłków) na podstawie przepisów o zaopatrzeniach specjalnych (zaopatrzenia inwalidzkie, b. skazańców politycznych, uczestników walk o niepodległość, uczestników ruchu partyzanckiego i podziemnego, ofiar wrogów ustroju demokratycznego Polski oraz funkcjonariuszów służby bezpieczeństwa publicznego, żołnierzy Wojska Polskiego i członków O. R. M. O.).

Ubezpieczonym przysługują zasiłki rodzinne od rozpoczęcia pracy aż do momentu rozwiązania stosunku pracy najmnej, na każdy miesiąc kalendarzowy, w ciągu którego stosunek pracy najemnej trwał co najmniej 14 dni.

Byłym pracownikom pobierającym zasiłki chorobowe i domowe przysługują zasiłki rodzinne od rozwiązania stosunku pracy najemnej aż do ustania uprawnień do zasiłków chorobowych i domowych z ubezpieczenia na wypadek choroby i macierzyństwa, na każdy miesiąc kalendarzowy, w ciągu którego okres niezdolności do pracy, względnie w łączności z okresem pozostawania w stosunku pracy najemnej, wynosił co najmniej 14 dni.

Emerytom, rencistom i sierotom przysługują zasiłki rodzinne przez czas trwania uprawnień do emerytur, rent lub zaopatrzeń (zasiłków).

Na jednego członka rodziny lub sierotę przysługuje tylko jeden zasiłek.

W razie zbiegu uprawnień do zasiłku rodzinnego z tytułu

zatrudnienia ojca i matki, wypłaca się tylko zasiłek z tytułu zatrudnienia ojca.

W razie zbiegu uprawnień do zasiłku rodzinnego z różnych tytułów, wypłaca się zasiłek tylko z tytułu zatrudnienia.

Pracownikom przysługuje zasiłek rodzinny na dzieci z małżeństwa i pozamałżeńskie, przysposobione, dzieci ofiar wojny przyjęte na wychowanie, pasierbów oraz wnuków w wieku do lat 16, a jeśli się kształcą w szkołach — do ukończenia 21 roku życia, w razie zaś odbywania studiów w szkołach wyższych do ukończenia 24 roku życia, oraz bez względu na wiek, jeśli osoby te są niezdolne do zarobkowania.

Nadto **pracownikom** przysługuje zasiłek rodzinny na żonę lub niezdolnego do zarobkowania męża.

Emerytom i rencistom nie przysługuje zasiłek rodzinny na żonę lub niezdolnego do zarobkowania męża.

Pracownicy i byli pracownicy, pobierający zasiłki chorobowe lub domowe mają prawo do zasiłków rodzinnych na tych członków rodziny, którzy:

1. są na wyłącznym i całkowitym utrzymaniu uprawnionego,
2. nie podlegają obowiązkowi ubezpieczenia na wypadek choroby i macierzyństwa,
3. mieszkają na obszarze Rzeczypospolitej.

Emerytom i rencistom przysługuje zasiłek rodzinny na dzieci i wnuków (a nie na żonę i niezdolnego do zarobkowania męża), bez stosowania do nich warunków wyliczonych wyżej, jeżeli przepisy, na podstawie których przysługuje emerytura lub renta, nie uzależniają od tych warunków prawa do dodatków na tych członków rodziny.

Prawo do zasiłków na poszczególnych członków rodziny przysługuje od miesiąca, w którym powstały warunki do zasiłku (urodzenie się, rozpoczęcie nauki, zawarcie związku małżeńskiego) aż do końca tego miesiąca, w którym ustały warunki do zasiłku rodzinnego (śmierć, przekroczenie granicy wieku itp.).

Zasiłek rodzinny wypłacany jest za cały miesiąc.

Wysokość zasiłków rodzinnych wynosi miesięcznie:

a) na jedno dziecko (sierotę), na którą przysługuje zasiłek — 650 zł
b) na dwoje dzieci (sierot) uprawnionych do zasiłku — razem 1.450 zł;
c) na każde następne dziecko (sierotę), poczynając od trzeciego — 1.000 zł;

d) na żonę (męża), jeśli przysługuje zasiłek na dzieci, — 500 zł;
e) na żonę (męża), jeśli nie przysługuje zasiłek na dzieci, — 300 zł.

Wyprawki dla niemowląt

Wyprawki wydaje ubezpieczalnia tym wszystkim matkom, które albo same są ubezpieczone albo są członkami rodziny ubezpieczonego i jeśli noworodek będzie mieć prawo do pomocy leczniczej z ubezpieczalni społecznej.

Jeżeli zaś pomoc lecznicza przysługuje noworodkowi z innej instytucji, która udziela swym pracownikom i emerytom pomocy leczniczej we własnym zakresie (np. pracownicy zarządów miejskich w Warszawie i Lublinie, pracownicy P. K. P.) — wyprawki niemowlęce wydają te instytucje.

Wyprawki są wydawane matkom w dziewiątym miesiącu ciąży.

Wypłata zasiłków z ubezpieczenia rodzinnego

Osobom zatrudnionym w większych zakładach pracy, wypłacają zasiłki rodzinne pracodawcy.

Pracodawcy są obowiązani wypłacać zasiłki rodzinne co miesiąc z dołu do 6 dnia każdego następnego miesiąca tym wszystkim swym uprawnionym pracownikom, których zatrudnienie w danym miesiącu trwało co najmniej 14 dni, jeśli zatrudnieni oni byli u tego pracodawcy w ostatnim dniu miesiąca. Tym pracownikom, którzy zostali zwolnieni z pracy w drugiej połowie miesiąca i w ostatnim dniu miesiąca nie byli zatrudnieni, wypłaca zasiłki rodzinne ubezpieczalnia, po przedstawieniu zaświadczenia pracodawcy (ców) stwierdzającego, że za dany miesiąc pracownik nie pobrał zasiłku i że w tym miesiącu był zatrudniony przynajmniej przez 14 dni.

Pracownikowi, który był zatrudniony w ciągu miesiąca u kilku pracodawców łącznie przez 14 dni, obowiązany jest wypłacić zasiłek ten spośród nich, u którego pracownik był zatrudniony w ostatnim dniu miesiąca. Pracodawcy temu winien pracownik przedstawić zaświadczenia od swych poprzednich pracodawców dla stwierdzenia 14-dniowego okresu zatrudnienia w danym miesiącu.

Pracownikowi zatrudnionemu równocześnie u kilku pracodawców wypłaca zasiłki rodzinne ten pracodawca, u którego pracownik ma główne zajęcie. Za zajęcie główne uważa się to, któremu poświęca pracownik najwięcej czasu, a w razie rów-

ności to zajęcie, za które pobiera najwyższe wynagrodzenie. Udowodnienie tego należy do pracownika.

W czasie choroby pracownika pracodawca wypłaca mu nadal zasiłki rodzinne tak długo, jak długo trwa stosunek pracy.

Gdy choroba połączona z niezdolnością do pracy trwa nadal a umowa o pracę została już prawnie rozwiązana, zasiłki rodzinne wypłaca ubezpieczalnia. Przy pierwszej takiej wypłacie dokonanej przez ubezpieczalnię, należy okazać poświadczenie pracodawcy, stwierdzające za jaki ostatni okres miesięczny pracodawca wypłacił zasiłki rodzinne oraz na jakie osoby uprawnione.

Pracownik mający uprawnienie do zasiłków rodzinnych ma złożyć pracodawcy swe oświadczenie dla celów ubezpieczenia rodzinnego na formularzu, który mu dostarczy pracodawca.

Do tego formularza wpisać należy tylko te osoby, na które przysługują zasiłki rodzinne. Prawdziwość danych zawartych w wypełnionym przez pracownika formularzu oświadczenia stwierdza sam pracownik swym podpisem oraz Zarząd Gminy (w miastach, osoba prowadząca melduńki) bezpłatnie, albo też rada zakładowa — delegat tego zakładu pracy, w którym pracownik jest zatrudniony. O wszelkich zmianach następnych w jego stanie rodzinnym, a mających wpływ na uprawnienia do zasiłków rodzinnych, pracownik obowiązany jest zawiadomić pracodawcę.

W razie wątpliwości co do tego, kto ma wypłacać zasiłek rodzinny (pracodawca czy ubezpieczalnia), albo gdy pracodawca odmawia wypłaty zasiłku rodzinnego, należy zwrócić się do miejscowej ubezpieczalni o rozstrzygnięcie, do którego pracodawca powinien się zastosować.

Rada zakładowa (delegat) danego zakładu pracy jest uprawniona do udzielania pomocy pracownikowi w uzyskaniu należnych mu zasiłków rodzinnych.

Pracodawca wypłaca zasiłki rodzinne na podstawie imiennej listy wypłat, na której pracownik potwierdza podjęcie zasiłku rodzinnego. Zasiłek rodzinny, nie podjęty w ciągu 6 miesięcy po jego płatności, nie będzie wypłacony.

Pracownikom mniejszych zakładów pracy wypłaca zasiłki rodzinne miejscowa ubezpieczalnia.

Pracownik takiego zakładu pracy powinien raz na 6 miesięcy przedstawić ubezpieczalni wypełniony i zaopatrzony właściwy-

mi potwierdzeniami formularz oświadczenia dla celów ubezpieczenia rodzinnego.

Ponadto pracownik ten obowiązany jest udowodnić co miesiąc zaświadczeniem pracodawcy (zawsze, jeśli otrzymuje zasiłki przez pocztę lub P. K. O.) lub przedstawieniem legitymacji ubezpieczeniowej z aktualnym stwierdzeniem w niej przez pracodawcę, że w danym miesiącu pozostawał przynajmniej przez 14 dni w stosunku pracy najemnej (jeśli pobiera zasiłki rodzinne w biurze ubezpieczalni).

Ubezpieczalnia stosownie do warunków miejscowych wypłaca zasiłki bądź bezpośrednio w swych biurach, bądź przekazuje je przez pocztę.

Emerytom, rencistom, sierotom pobierającym emerytury sieroce państwowe, samorządowe itp., renty i zaopatrzenia sieroce z tytułu ubezpieczeń społecznych albo zaopatrzeń po osobach poległych w walce o wolność i demokrację oraz uprawnionym do zasiłku rodzinnego z innych tytułów, — zasiłki rodzinne wypłacają te same instytucje, które wypłacają im renty, emerytury lub zaopatrzenia.

10. POSTĘPOWANIE W SPRAWACH ŚWIADCZEŃ Z UBEZPIECZEŃ RENTOWYCH

(art. 198 do 208 i 209 do 211 ustawy o ub. społ. oraz art. 118 do 129 rozp. o ub. prac. um.).

Roszczenia o wszelkie świadczenia z ubezpieczeń rentowych zgłasza się do miejscowej ubezpieczalni społecznej.

Jeżeli chodzi o **świadczenia z ubezpieczenia od wypadków** pracodawca jest obowiązany zgłosić wypadek w zatrudnieniu do miejscowej ubezpieczalni przesyłając jej tzw. „doniesienie o wypadku" w 4 egzemplarzach. Poszkodowany lub jego rodzina mogą sami zgłosić wypadek ustnie lub piśmiennie wówczas, gdy nie uczynił tego pracodawca. Jeżeli wypadek (choroba zawodowa) był śmiertelny albo jeżeli spowodował niezdolność do zarobkowania trwającą dłużej niż 4 tygodnie, ubezpieczalnia przeprowadza dochodzenie w celu ustalenia przebiegu wypadku, jego skutków oraz zebrania wszystkich danych potrzebnych do wydania decyzji przez ZUS. Zgłoszenie choroby zawodowej należy do lekarza, który ją stwierdził, lub który podejrzewa istnienie tej choroby.

Roszczenia o świadczenia emerytalne zgłaszają zaintereso-

wane osoby w ubezpieczalni miejscowej, przedkładając odpowiednie dokumenty, stwierdzające ich uprawnienia do świadczeń, zwłaszcza dokumenty osobiste oraz dowody stwierdzające, że pozostawały w zatrudnieniu takim, które uzasadnia obowiązek ubezpieczenia, jeżeli tych dokumentów nie posiada ubezpieczalnia.

We wszystkich rodzajach ubezpieczeń rentowych, jeżeli prawo do świadczyń jest zależne od stopnia niezdolności do zarobkowania albo (w ubezpieczeniu pracowników umysłowych) do wykonywania zawodu, ubezpieczalnia albo ZUS zarządza badanie przez lekarzy-rzeczoznawców.

W dochodzeniach świadczeniowych biorą udział zainteresowane osoby (ubezpieczony lub jego rodzina), które mogą w czasie dochodzeń zgłaszać swe wnioski. Informacji o dokumentach, które mają przedłożyć, albo okazać osoby ubiegające się o świadczenia, udzielają ubezpieczalnie.

Po zakończeniu dochodzeń, tj. po zebraniu wszystkich danych koniecznych do wydania decyzji, ubezpieczalnia przesyła akta sprawy do Zakładu Ubezpieczeń Społecznych lub do jego oddziału.

ZUS wydaje stosowną decyzję i w razie przyznania świadczeń pieniężnych zarządza ich wypłatę. Renty i zaopatrzenia wypłacane są miesięcznie z góry. Zaliczki na zapomogi pośmiertne wypłaca ubezpieczalnia.

Świadczeń leczniczych udziela ZUS za pośrednictwem ubezpieczalni.

Skargi na decyzje ZUS rozpatrują sądy ubezpieczeń społecznych (patrz rozdział 16).

Stosownie do potrzeby ZUS może zarządzić kontrolne badania lekarskie i zależnie od ich wyniku wstrzymać przyznaną rentę albo ją zmienić.

11. ŚWIADCZENIA Z UBEZPIECZENIA OD WYPADKÓW I CHORÓB ZAWODOWYCH

(art. 134, 136 do 152, 171 do 197 i 212 do 216 ust. o ub. społ.).

Przed omówieniem świadczeń z ubezpieczenia od wypadków i chorób zawodowych konieczne jest wyjaśnienie, jakie zdarzenia uważamy za wypadki w zatrudnieniu, a jakie za choroby zawodowe.

Wypadkiem w ogóle jest każde nagłe zdarzenie spowodo-

wane przez przyczynę zewnętrzną. Wypadkiem w zatrudnieniu jest każde nagłe zdarzenie, wywołane przez przyczynę zewnętrzną, które zaszło w związku z zatrudnieniem i wywołało bezpośrednio lub pośrednio śmierć albo naruszenie zdrowia osoby ubezpieczonej od wypadków.

Za wypadki w zatrudnieniu uważa ustawa:

a) wypadki przy pracy,
b) wypadki przy takich domowych lub innych zajęciach, do których ubezpieczony został użyty przez pracodawcę lub inną osobę, której podlegał z powodu swego zatrudnienia,
c) wypadki przy przechowywaniu, czyszczeniu, naprawie i przenoszeniu narzędzi pracy, chociażby dostarczonych przez ubezpieczonego,
d) wypadki w drodze do pracy i z pracy.

Za choroby zawodowe uważane są takie choroby, które wynikają ze szczególnie niekorzystnych warunków pracy w niektórych zakładach pracy. Określone choroby zawodowe zdarzają się tylko w niektórych zakładach pracy, np. na ołowicę narażeni są pracownicy zatrudnieni w hutach ołowiu i cynku, w fabrykach akumulatorów itp., a nie pracownicy sklepów spożywczych, biur itp. Ubezpieczeniem od wypadków nie są objęte wszystkie choroby zawodowe, lecz tylko niektóre z nich.

Wymieniam je przykładowo: zachorowania z powodu zatrucia ołowiem, rtęcią, fosforem, arsenem itp. oraz ich związkami, w tych przedsiębiorstwach i zakładach, w których zatrudnieni narażeni są na działanie tych substancji, zachorowania na pylicę krzemową w górnictwie, w przemyśle mineralnym, metalowym itp., zachorowania z powodu działania promieni Roentgena w zakładach retngenologicznych, glistnica u górników itp.

Uwaga: Ilekroć w niniejszym opracowaniu jest mowa o chorobach zawodowych, należy przez nie rozumieć tylko te choroby zawodowe, które objęte są ubezpieczeniem od wypadków i chorób zawodowych.

W sprawie zgłaszania wypadków i roszczeń o świadczenia wypadkowe patrz rozdział 10.

Świadczenia w razie zachorowania na chorobę zawodową są takie same, jak w razie wypadku w zatrudnieniu.

Świadczenia wypadkowe są następujące:

A) Pieniężne — dla ubezpieczonego:

a) renta wypadkowa,
b) dodatek dla bezradnych,

c) dodatki na dzieci,
d) dodatek wyrównawczy (najdłużej przez 1 rok),
e) jednorazowa odprawa (w zamian za rentę).

B) Pieniężne dla rodziny, pozostałej po osobie zmarłej wskutek wypadku w zatrudnieniu lub choroby zawodowej:
a) dla rodziny (według kolejności ustalonej w przepisach) jednorazowa zapomoga pośmiertna,
b) dla wdowy (wdowca) — renta wdowia, którą w razie ponownego małżeństwa wdowy wstrzymuje się i zamienia na jednorazową odprawę,
c) dla sierot — renta sieroca,
d) dla dalszej rodziny, tj. rodziców, dziadków, wnuków i rodzeństwa — renta dalszej rodziny, ale pod specjalnymi warunkami.

Poza tym rodzina ma prawo do niepodjętego przez ubezpieczonego dodatku wyrównawczego i ewent. jego zaległej renty.

C) W naturze — dla **ubezpieczonego** protezy oraz pomoc lecznicza w celu leczenia następstw wypadku lub choroby zawodowej. W razie, gdy niezdolność do zarobkowania wskutek wypadku wynosi co najmniej 50%, pomoc lecznicza przysługuje ubezpieczonemu niezależnie od przyczyny choroby, ponadto zaś w przypadku tym ma prawo do pomocy leczniczej także i jego rodzina.

Oprócz prawa do pomocy leczniczej osoby, otrzymujące renty z ubezpieczenia od wypadków, mogą być umieszczone w zakładach takich, jak np. domy starców, domy inwalidów, domy sierot itp.

Do renty wypadkowej ma prawo ten, kto podlegając ubezpieczeniu od wypadków, dozna wypadku w zatrudnieniu lub zachoruje na chorobę zawodową i gdy wskutek tego powstała niezdolność do zarobkowania wynosząca co najmniej 10% i trwająca dłużej niż 4 tygodnie. Jednakże renta wypadkowa nie przysługuje za czas leczenia następstw wypadku, jeśli w tym okresie poszkodowany ma prawo do zasiłku z ubezpieczenia chorobowego albo do wynagrodzenia od pracodawcy.

Rentę wypadkową wymierza się od przeciętnego zarobku (czyli od tzw. podstawy wymiaru). Renta wypadkowa wynosi w razie całkowitej (100%-owej) niezdolności do zarobkowania, dwie trzecie podstawy wymiaru. Taką rentę nazywamy rentą pełną. Jeżeli niezdolność do zarobkowania wynosi mniej niż 100%, ale co najmniej 10%, renta wypadkowa wynosi odpowiednią część renty pełnej.

(Patrz tablica wysokości świadczeń).

Dodatek dla bezradnych otrzymuje poszkodowany, uprawniony do renty wypadkowej, jeżeli wskutek wypadku lub choroby zawodowej znajduje się w takim stanie bezradności, że nie może obejść się bez stałej opieki i pomocy innych osób.

Dodatki na dzieci przysługują osobie uprawnionej do renty wypadkowej, gdy z powodu wypadku utraciła co najmniej $\frac{2}{3}$ zdolności do zarobkowania i posiada dzieci, odpowiadające warunkom wymaganym do rent sierocych (patrz niżej, gdzie jest mowa o rentach sierocych).

Dodatek wyrównawczy przysługuje najwyżej przez jeden rok, licząc od utraty prawa do zasiłku chorobowego i tylko w tym przypadku, gdy spowodowana przez wypadek lub chorobę zawodową niezdolność do zarobkowania wynosi co najmniej 50% i gdy zarobek ubezpieczonego przed wypadkiem wynosił więcej niż określoną w przepisach kwotę miesięczną. Dodatek wyrównawczy wynosi 20% renty, łącznie z ewentualnymi dodatkami na dzieci.

Jednorazowa odprawa jest świadczeniem wypłacanym po upływie 2 lat od wypadku, gdy spowodowana przez wypadek lub chorobę zawodową niezdolność do zarobkowania wynosi 20% lub mniej. Z chwilą wypłacenia jednorazowej odprawy wstrzymuje się dalszą wypłatę renty. Jednorazowa odprawa wynosi 36-krotną wysokość ostatniej renty. Jeżeli niezdolność do zarobkowania wynosi 20% — ZUS wypłaca jednorazową odprawę obecnie tylko za zgodą rencisty.

Jednorazową zapomogę pośmiertną wypłaca się rodzinie pozostałej po osobie, która podlegając ubezpieczeniu od wypadków, doznała wypadku w zatrudnieniu lub zachorowała na chorobę zawodową i **wskutek tego** zmarła. Prawo do zapomogi pośmiertnej mają kolejno: pozostały przy życiu małżonek, dzieci, wnukowie, którzy byli na wyłączonym utrzymaniu zmarłego, rodzice, dziadkowie, wnukowie, którzy byli na przeważającym utrzymaniu zmarłego, wreszcie rodzeństwo.

Renta wdowia przysługuje wdowie, której mąż podlegający w czasie wypadku ubezpieczeniu od wypadków, zmarł wskutek wypadku lub choroby zawodowej. Renta wdowia wypadkowa nie jest zależna od tego, czy wdowa jest niezdolna do zarobkowania ani od wieku wdowy. Wdowiec ma prawo do renty wdowiej tylko w tym przypadku, gdy jest inwalidą i był utrzymywany wyłącznie przez żonę.

Renta sieroca przysługuje sierotom pozostałym po osobie

ubezpieczonej, która zmarła wskutek wypadku lub choroby zawodowej. Renta sieroca przysługuje nie tylko dzieciom z małżeństwa, ale także dzieciom pozamałżeńskim, uprawnionym, zrównanym i uznanym (a w stosunku do matki, także dzieciom pozamałżeńskim nie uznanym przez ojca) a także — ale tylko pod pewnymi warunkami — dzieciom przysposobionym i pasierbom. Renta sieroca przysługuje normalnie tylko do ukończenia przez dziecko 18 lat życia. Jeżeli dziecko kształci się w zakładzie naukowym, wówczas ma prawo do renty sierocej nadal na czas studiów, ale najdłużej do końca 24 roku życia. Dzieci niezdolne do zarobkowania mają pod pewnymi warunkami prawo do rent sierocych nawet dłużej, na czas trwania tej niezdolności.

Rentę dalszej rodziny otrzymują następujące osoby, pod szczególnymi warunkami, oprócz warunków wymaganych dla wdów i sierot, a mianowicie: rodzice i dziadkowie, jeżeli pozostają w niedostatku, a wnukowie i rodzeństwo, jeżeli pozostawali na wyłącznym lub przeważającym utrzymaniu zmarłego i odpowiadają takim warunkom co do wieku, jakie przewidywane są dla sierot. Kolejność uprawnień dalszej rodziny do tej renty jest następująca: wnukowie, którzy byli na wyłącznym utrzymaniu zmarłego, rodzice, dziadkowie, wnukowie, którzy byli na przeważającym utrzymaniu zmarłego, wreszcie rodzeństwo.

Jeżeli wdowa wyjdzie ponownie za mąż, rentę wdowią wstrzymuje się i jednocześnie wypłaca się **jednorazową odprawę.** Wysokość tej odprawy zależy od wieku wdowy w chwili zawarcia ponownego małżeństwa (przed 55 rokiem, czy po 55 roku życia).

W sprawie pomocy leczniczej dla rencistów wypadkowych— zobacz rozdziały 8 i 14.

Omówiono wyżej świadczenia przysługujące w razie wypadku w zatrudnieniu, lub zachorowania na chorobę zawodową. Świadczenia te, chociażby były najwyższe, nie wróca jednak utraconego zdrowia, ani życia. Z tego względu szczególnie ważne jest działanie władz, instytucji i reprezentacji pracowniczych, zmierzające do **zapobiegania** wypadkom przez prowadzenie **akcji bezpieczeństwa pracy.**

12. ŚWIADCZENIA Z UBEZPIECZENIA EMERYTALNEGO ROBOTNIKÓW

(art. 135, 153 do 197, 214 do 216 i 302 ust. o ub. społ.).

Świadczenia z tego ubezpieczenia są następujące:

A) Pieniężne dla ubezpieczonego:

a) renta inwalidzka,
b) dodatek dla bezradnych,
c) dodatki na dzieci.

B) Pieniężne dla rodziny:

a) dla rodziny (według kolejności ustalonej w przepisach) — jednorazowa zapomoga pośmiertna,
b) dla wdowy (wdowca) — renta wdowia, którą w razie ponownego małżeństwa wdowy wstrzymuje się i zamienia na jednorazową odprawę,
c) dla sierot — renty sieroce.

C) Wyjątkowe świadczenia pieniężne tzw. zaopatrzenia.

D) W naturze — dla ubezpieczonego i jego rodziny oraz dla osób pobierających zaopatrzenia pomoc lecznicza oraz możliwość umieszczenia w zakładach takich, jak domy starców, sierot, inwalidów itp.

Warunki do **renty inwalidzkiej** są następujące:

a) Przebycie **minimalnego okresu ubezpieczenia,** wynoszącego 200 tygodni składkowych (tzw. okres wyczekiwania), w wyjątkowych przypadkach 150 tyg. składkowych,
b) **Utrzymanie ciągłości ubezpieczenia** (tzw. utrzymanie uprawnień) polegające na tym, że wspomniane wyżej 200 tygodni składkowych muszą przypadać na ostatnie 10 lat przed powstaniem inwalidztwa, z czego co najmniej 50 tygodni musi przypadać na ostatnie trzy lata przed powstaniem inwalidztwa. W razie braku tego ostatniego warunku musi być udowodniony odpowiednio dłuższy okres ubezpieczenia (w zasadzie 1.000 tygodni składowych). Ustawa przewiduje, że do wspomnianego wyżej trzyletniego okresu nie wlicza się pewnych okresów, jak np. czasu służby wojskowej, czasu pobierania zasiłku z ubezpieczalni społecznej itp. Okresu wojny nie wlicza się,
c) **Inwalidztwo** lub osiągnięcie wieku odpowiedniego (65 lat, a dla górn. i hutn. są pewne ulgi). Za inwalidę uważa się tego, kto wskutek choroby albo ułomności

fizycznej lub umysłowej, bądź wskutek upadku sił fizycznych lub umysłowych, nie jest zdolny do zarobienia własną pracą jednej trzeciej tego, co zarabia w danej miejscowości osoba w pełni sił fizycznych i umysłowych o podobnym wykształceniu lub uzdolnieniu. Niezdolność ta wynosi zatem więcej, niż ⅔.

Jeżeli chodzi specjalnie o górników lub hutników, za inwalidę uważa się również tego, którego niezdolność wynosi więcej niż połowę, ale pod warunkiem, że przebył w ubezpieczeniu, ze składką przewidzianą dla górników lub hutników (czyli ze składką wyższą od normalnej), co najmniej 600 tygodni składkowych, z których co najmniej 50 tygodni powinno przypadać na ostatnie 4 lata przed powstaniem inwalidztwa.

Dodatek dla bezradnych pobiera osoba, uprawniona do renty inwalidzkiej, jeżeli znajduje się w takim stanie bezradności, że nie może obejść się bez stałej pomocy i opieki innych osób.

Dodatki na dzieci przysługują osobie uprawnionej do renty inwalidzkiej, jeżeli posiada dzieci odpowiadające warunkom co do wieku takim, jakie są przewidywane do sierocych rent wypadkowych. Za dzieci, na które przysługuje dodatek, uważa się pod pewnymi warunkami także wnuków, pasierbów i dzieci przysposobione.

Jednorazowa zapomoga pośmiertna przysługuje pozostałej po ubezpieczonym rodzinie w wysokości i kolejności takiej, jak w ubezpieczeniu od wypadków, jeżeli śmierć ubezpieczonego nastąpiła w czasie, gdy uprawnienia do renty inwalidzkiej były utrzymane.

Rentę wdowią otrzymuje wdowa po ubezpieczonym, który pobierał rentę inwalidzką lub miałby do niej prawo, przy czym warunkiem jest, że wdowa musi mieć skończone 60 lat życia (dla wdów po górnikach lub hutnikach są ulgi), albo jest niezdolna do zarobkowania. Rentę otrzymują także wdowy które wychowują dzieci uprawnione do renty sierocej poinwalidzkiej w szczególności: co najmniej jedno dziecko do 7 lat, albo dwoje dzieci starszych; jeżeli zaś wdowa wychowywała w dniu śmierci męża co najmniej troje dzieci uprawnionych do rent sierocych poinwalidzkich, wówczas wdowa ma prawo do renty wdowiej nadal, chociaż dzieci te utraciły następnie prawo do rent sierocych. W razie ponownego małżeństwa wdowa traci prawo do renty wdowiej, a otrzymuje w zamian **jednorazową odprawę wdowią.** Wysokość tej odprawy zależy od wieku wdowy w chwili ponownego małżeństwa. **Wdowiec** ma pra-

wo do renty wdowiej pod warunkiem, że jest inwalidą i że był utrzymywany przez żonę wyłącznie i całkowicie.

Rentę sierocą otrzymują sieroty pozostałe po ubezpieczonym (ojcu lub matce), jeżeli ubezpieczony otrzymywał rentę inwalidzką lub miałby do niej prawo. Renta sieroca przysługuje sierotom odpowiadającym co do wieku itp. warunkom takim, jakie są przewidywane do rent sierocych wypadkowych. Za sieroty uważa się pod pewnymi warunkami także pasierbów, dzieci przysposobione oraz wnuków.

Zaopatrzenia starcze są wyjątkowymi świadczeniami pieniężnymi, które zostały wprowadzone z tego powodu, że na obszarze Polski centralnej, wschodniej i południowej nie było poprzednio ubezpieczenia emerytalnego robotników, wskutek czego, szereg robotników nie mógł nabyć prawa do normalnych świadczeń ubezpieczeniowych. Zaopatrzenia te przysługują w zasadzie osobom urodzonym w czasie do 31.XII.1876, obywatelstwa polskiego, które **nie posiadają niezbędnych środków utrzymania,** a w ciągu ostatnich czternastu lat przed wprowadzeniem powszechnego ubezpieczenia emerytalnego robotników, pozostawały przynajmniej 4 lata w takim zatrudnieniu, które by uzasadniało później ich ubezpieczenie emerytalne, jako robotników na obszarze Polski centralnej, południowej i wschodniej. Podano wyżej tylko najistotniejsze warunki do zaopatrzeń. Rodziny pozostałe po osobach pobierających zaopatrzenie mają również prawo do zaopatrzeń, jeżeli posiadają odpowiednie warunki (brak niezbędnych środków utrzymania itp.). Osoby pobierające zaopatrzenie nie otrzymują dodatku dla bezradnych. W razie ich śmierci, pozostałej rodzinie nie przysługuje zapomoga pośmiertna.

W sprawie pomocy leczniczej dla rencistów i osób pobierających zaopatrzenia — patrz rozdział 8 i 14. W sprawie zgłaszania roszczeń o świadczenia patrz rozdział 10.

13. ŚWIADCZENIA Z UBEZPIECZENIA EMERYTALNEGO PRACOWNIKÓW UMYSŁOWYCH

(art. 8, 15 do 69, 11 do 113, 120 i 121, art. 160 i 161 rozporz. o ub. prac. umysł).

Świadczenia z tego ubezpieczenia są następujące :

A) Pieniężne dla ubezpieczonego:

a) renta inwalidzka albo starcza,

b) dodatek dla bezradnych,

c) dodatki na dzieci.
d) jednorazowa odprawa dla ubezpieczonego,
e) zwrot składek dla ubezpieczonej kobiety, która zawarła małżeństwo i opuściła zatrudnienie.

B) Pieniężne dla rodziny:

a) dla rodziny (według kolejności określonej w przepisach) — jednorazowa zapomoga pośmiertna,
b) dla wdowy (wdowca) — renta wdowia, która w razie ponownego małżeństwa wdowy, może być na jej wniosek zamieniona na jednorazową odprawę wdowią,
c) dla sierot — renty sieroce,
d) dla rodziny (wdowy, wdowca, albo sierot lub rodziców) — jednorazowa odprawa.

C) Wyjątkowe świadczenia pieniężne tzw. **zaopatrzenia.**

D) W naturze — dla ubezpieczonego i jego rodziny oraz dla pobierających zaopatrzenia i ich rodzin, pomoc lecznicza oraz możliwość umieszczenia w domach takich, jak domy starców, inwalidów, sierot itp.

Warunki **do renty inwalidzkiej** są następujące:

a) Przebycie minimalnego okresu ubezpieczenia, wynoszącego 60 miesięcy składkowych (tzw. okres wyczekiwania). Okres ten nie jest wymagany, gdy inwalidztwo jest skutkiem wypadku w zatrudnieniu lub choroby zawodowej. W wyjątkowych przypadkach wystarczy okres ubezpieczenia wynoszący 45 miesięcy.
b) Utrzymanie ciągłości ubezpieczenia (tzw. utrzymanie uprawnień), polegające na tym, że w razie przerwy w ubezpieczeniu przekraczającej 18 miesięcy, wygasają uprawnienia z dotychczasowego ubezpieczenia. Do okresu przerwy tej nie wlicza się jednak pewnych okresów, jak np. czasu trwania służby wojskowej, czasu udowodnionej choroby, uniemożliwiającej znalezienie odpowiedniego zatrudnienia itp. W razie podjęcia po zbyt długiej przerwie zatrudnienia na nowo, dawne uprawnienia mogą jednak odżyć, jeżeli nowe zatrudnienie trwa przez czas odpowiednio długi, wymagany przez przepisy.
c) **Inwalidztwo.** Za inwalidę, tj. niezdolnego do wykonywania swego zawodu uważa się w ubezpieczeniu pracowników umysłowych, pracownika, którego zdolność do wykonywania zawodu, wskutek ułomności cielesnej lub umysłowej albo wskutek upadku sił fizycznych lub umysłowych, obniżyła się poniżej 50% zdolności osób zdrowych

fizycznie i umysłowo, o podobnym uzdolnieniu zawodowym. Jak widzimy z tego, pojęcie niezdolności w ubezpieczeniu emerytalnym pracowników umysłowych jest inne, niż w innych rodzajach ubezpieczeń. Mianowicie w ubezpieczeniu tym chodzi o niezdolność do wykonywania swego **zawodu.** Natomiast w ubezpieczeniu emerytalnym robotników i ubezpieczeniu od wypadków wymagana jest ogólna niezdolność do zarobkowania (a nie do wykonywania dawnego zawodu).

Warunki do **renty starczej** są podobne do warunków do renty inwalidzkiej z tą różnicą, że zamiast inwalidztwa wymagane jest osiągnięcie pewnego wieku, tj. w zasadzie 65 lat. Jednakże w razie bardzo długiego okresu ubezpieczenia, wiek ten może być niższy, wystarczy 60 lat życia mężczyzny, a 55 lat dla kobiety.

Dodatek dla bezradnych pobiera osoba uprawniona do renty inwalidzkiej lub starczej, jeżeli potrzebuje stałej opieki i pomocy innych osób.

Dodatki na dzieci przysługują osobie uprawnionej do renty inwalidzkiej lub starczej, jeżeli posiada dzieci, odpowiadające takim warunkom co do wieku itp., jakie wymagane są do rent sierocych wypadkowych. Za dzieci, na które przysługuje dodatek uważa się, pod pewnymi warunkami, także dzieci przysposobione, pasierbów oraz wnuków.

Jednorazowa odprawa przysługuje zamiast renty ubezpieczonemu, który stał się **trwale** niezdolny do wykonywania zawodu, posiada wszelkie uprawnienia do renty inwalidzkiej z tym wyjątkiem, że nie przebył okresu wyczekiwania. Wysokość jednorazowej odprawy zależy od długości okresu zatrudnienia. Odprawa dla rodziny — patrz niżej.

Zwrot składek przysługuje ubezpieczonej kobiecie, która opuściła zatrudnienie i zawarła związek małżeński. Zwrot obejmuje połowę składek.

Jednorazowa zapomoga pośmiertna przysługuje pozostałej po ubezpieczonym rodzinie, w wysokości i kolejności takiej, jak w ubezpieczeniu od wypadków, o ile śmierć ubezpieczonego nastąpiła w czasie, gdy uprawnienia do renty inwalidzkiej były utrzymane.

Rentę wdowią otrzymuje wdowa po ubezpieczonym, który pobierał rentę inwalidzką albo starczą lub miałby do nich prawo. Rentę wdowią otrzymuje wdowiec tylko wówczas, gdy stał się niezdolny do wykonywania zawodu i jeżeli nie posia-

da niezbędnych środków utrzymania, a zmarła żona utrzymywała rodzinę w całości lub przeważająco. Jeżeli wdowa wyjdzie ponownie za mąż, może otrzymać zamiast renty wdowiej jednorazową odprawę wdowią, bądź też rentę jej zawiesza się na czas trwania ponownego małżeństwa. Renta dla wdowy nie jest zależna od ewent. inwalidztwa wdowy.

Rentę sierocą otrzymują sieroty po ubezpieczonym (ojcu lub matce), jeżeli ubezpieczony otrzymywał rentę inwalidzką lub starczą lub miałyby do niej prawo. Renta sieroca przysługuje sierotom posiadającym takie warunki co do wieku itp., jakie wymagane są do rent sierocych wypadkowych. Za sieroty uważa się pod pewnymi warunkami także dzieci przysposobione, pasierbów oraz wnuków.

Jednorazowa odprawa dla rodziny przysługuje (zamiast renty), gdy ubezpieczony, który był uprawniony do odprawy zmarł, nie podjąwszy jej. Odprawa przysługuje wdowie (wdowcowi), a gdy jej nie ma, sierotom, w razie zaś braku sierot, rodzicom ubezpieczonego. Rodzicom tylko wówczas, gdy nie posiadają niezbędnych środków utrzymania i pozostawali na wyłącznym lub przeważającym utrzymaniu zmarłego. Wysokość odprawy dla wdowy (wdowca) lub sierot jest taka sama, jak dla ubezpieczonego, dla rodziców zaś wynosi połowę odprawy dla ubezpieczonego.

Zaopatrzenia są świadczeniami wyjątkowymi, przysługującymi w zasadzie tylko osobom, które w dniu 1.I.1928 r. miały skończone 65 lat życia, posiadają obywatelstwo polskie, są niezdolne do wykonywania zawodu, **nie mają niezbędnych środków utrzymania,** jeżeli osoby te przed powstaniem niezdolności były co najmniej 5 lat w zatrudnieniu takim, które by uzasadniało obowiązek ich ubezpieczenia emerytalnego, jako pracowników umysłowych. Do zaopatrzenia mają także prawo członkowie rodziny pozostali po osobach pobierających zaopatrzenie. Osoby uprawnione do zaopatrzeń nie mają prawa do dodatku dla bezradnych. W razie ich śmierci, pozostałej rodzinie nie przysługuje zapomoga pośmiertna.

Osobne przepisy regulują wysokość i warunki do świadczeń osób, które uzyskały prawo do emerytury z innych źródeł, przed przystąpieniem do ubezpieczenia emerytalnego pracowników umysłowych, oraz sprawę wypłaty renty w razie zarobkowania rencisty, otrzymującego rentę z tytułu własnego ubezpieczenia.

W sprawie pomocy leczniczej dla ubezpieczonych i ich ro-

dzin oraz otrzymujących zaopatrzenia i ich rodzin patrz rozdział 8 i 14. W sprawie zgłoszenia roszczeń o świadczenia patrz rozdział 10.

14. POMOC LECZNICZA W UBEZPIECZENIACH RENTOWYCH

(art. 171 do 177 ustawy o ub. społ., art. 25 i 61 do 64 rozporz. o ub. prac. umysł. oraz rozp. Min. Pr. i Op. S. z 5,III,1947 r., (Dz. U. R. P. Nr 34, poz. 159).

Ubezpieczenia rentowe zapewniają w określonych warunkach prawo do pomocy leczniczej po wyczerpaniu przez ubezpieczonego tej pomocy z ubezpieczenia chorobowego.

Pomoc ta wyraża się przede wszystkim w pomocy leczniczej dla osób pobierających renty i ich rodzin, udzielanej przez **ubezpieczalnie społeczne,** za opłatą wnoszoną przez instytucje wypłacające rentę, tj. ZUS, Skarb Państwa itp. Z pomocy tej bowiem korzystają również osoby pobierające zaopatrzenie emerytalne ze Skarbu Państwa albo innych instytucyj wykonujących zastępcze ubezpieczenie emerytalne.

Obowiązkowa pomoc lecznicza obejmuje opiekę lekarską, pomoc położniczą, lekarstwa, środki opatrunkowe oraz środki lecznicze i pomocnicze lub leczenie szpitalne, gdy to jest niezbędnie potrzebne.

Wszelkie inne rodzaje pomocy leczniczej (protezy, dłuższe leczenie szpitalne, sanatoryjne itp.) dla rencistów i emerytów i ich rodzin są udzielane tylko na zlecenie instytucji wypłacającej rentę (emeryturę) i zależą od jej uznania.

Osoby uprawnione do pomocy leczniczej na podstawie tych zasad można podzielić na trzy grupy: 1) osoby pobierające renty, zaopatrzenia lub emerytury z tytułu własnej pracy (ubezpieczeni), 2) osoby otrzymujące renty pochodne, tj. członkowie rodzin osób, pozostałych po śmierci ubezpieczonego, 3) członkowie rodzin osób pobierających renty lub emerytury z tyt. własnej pracy.

Osoby należące do **pierwszej grupy** mają nieograniczone co do czasu prawo korzystania z pomocy leczniczej, z wyjątkiem leczenia szpitalnego, udzielanego tylko przez 26 tygodni (z tym, że dłuższe leczenie szpitalne wymaga zgody instytucji wypłacającej rentę lub emeryturę). Osoby należące do **drugiej grupy** mają ograniczone prawo korzystania z pomocy leczniczej tj. tylko przez 13 tygodni w każdym przypadku choroby.

Wreszcie osoby należące do **trzeciej grupy** mają również prawo do pomocy leczniczej przez 13 tygodni w poszczególnym przypadku choroby, ale muszą ponadto pozostawać na całkowitym lub przeważającym utrzymaniu rencisty; do tej grupy należą: żona rencisty lub niezdolny do zarobkowania mąż rencistki, dzieci i wnuki do lat 16 lub ponad lat 16, jeżeli są niezdolne do zarobkowania, jeżeli zaś odbywają studia, to do 21 roku życia, w razie zaś studiów wyższych, do 24 roku życia. Członkowie rodziny osoby, która nie pobiera renty z tytułu własnej pracy, ale tylko rentę po ubezpieczonym, nie mają prawa do pomocy leczniczej z ubezpieczeń rentowych.

Jeżeli chodzi o osoby pobierające renty z ubezpieczenia od wypadków, prawo do pomocy leczniczej na podstawie przepisów o pomocy leczniczej dla rencistów mają te osoby tylko w takim przypadku, gdy spowodowana przez wypadek lub chorobę zawodową niezdolność do zarobkowania wynosi co najmniej 50%. W takim przypadku również członkowie rodziny tych osób mają prawo do pomocy leczniczej. Jeżeli natomiast niezdolność do zarobkowania jest mniejsza, niż 50%, wówczas ubezpieczalnie społeczne udzielają pomocy leczniczej na rachunek ubezpieczenia od wypadków tylko samemu ubezpieczonemu (renciście) i tylko dla leczenia skutków wypadku lub choroby zawodowej, przy czym pomoc ta nie jest ograniczona co do czasu.

Z pomocy leczniczej dla rencistów i ich rodzin nie korzystają osoby posiadające z innego tytułu prawo do pomocy leczniczej.

Poza obowiązkową pomocą leczniczą z ubezpieczeń rentowych Zakład Ubezpieczeń Społecznych może udzielać leczenia zapobiegawczego lub restytucyjnego (w celu przywrócenia zdolności lub zwiększenia jej stopnia), co jest zależne od uznania Zakładu i aktualnych możliwości.

Zarówno leczenia obowiązkowego, jak i leczenia, które nie jest obowiązkowe (np. leczenie zapobiegawcze) z ubezpieczeń rentowych, udziela Zakład Ubezpieczeń Społecznych wprawdzie na rachunek ubezpieczeń rentowych, ale za pośrednictwem ubezpieczalni. Wobec tego w sprawach związanych z leczeniem należy zawsze zgłaszać się do ubezpieczalni.

15. POWSTANIE I USTANIE PRAWA DO ŚWIADCZEŃ UBEZPIECZENIOWYCH

Prawo do świadczeń powstaje z chwilą, gdy spełnią się wszystkie warunki, wymagane do przyznania świadczenia.

Prawo do świadczeń ustaje:

a) gdy odpadnie którykolwiek warunek, od którego trwania zależy to prawo,

b) w razie śmierci osoby uprawnionej do świadczeń, z tym jednak zastrzeżeniem, że w określonych przez ustawę warunkach rodzina zmarłego może uzyskać wówczas prawo do świadczeń,

c) przez przedawnienie, tj. niezgłoszenie we właściwym czasie roszczenia o świadczenia.

Okres przedawnienia wynosi:

a) do świadczeń z ubezpieczenia chorobowego — 6 miesięcy,

b) do rent z ubezpieczenia od wypadków i chorób zawodowych i z ubezpieczenia emerytalnego robotników — 3 lata,

c) do rent z ubezpieczenia emerytalnego pracowników umysłowych — 5 lat,

d) do jednorazowej odprawy wdowiej z powodu ponownego zamążpójścia oraz do jednorazowej zapomogi pośmiertnej — 1 rok,

e) do jednorazowej odprawy z ubezpieczenia emerytalnego pracowników umysłowych — 1 rok,

f) do zasiłków rodzinnych — w zasadzie 6 miesięcy.

Terminy przedawnienia liczy się od chwili powstania prawa do danego świadczenia. Niektórych okresów, np. czasu wojny, nie wlicza się do okresu przedawnienia.

16. SĄDY UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH

Sądy ubezpieczeń społecznych zostały powołane dla sprawowania wymiaru sprawiedliwości w sprawach zakresu ubezpieczeń społecznych.

Działalność tych sądów opiera się na ustawie z dnia 28. 7 1939 r. (Dz. U. R. P. Nr 71, poz. 476) w brzemieniu dekretu z dnia 1. 3. 1946 r. (Dz. U. R. P. Nr 12, poz. 76) oraz wydanych na tej podstawie rozporządzeniach wykonawczych.

Sądy ubezpieczeń społecznych są szczególnymi sądami admi-

nistracyjnymi. Ustawa zapewnia niezawisłość tych sądów. Stworzono dwie instancje sądowe:

a) **okręgowe sądy ubezpieczeń społecznych** — których jest osiem: w Warszawie, Gdyni, Katowicach, Krakowie, Łodzi, Poznaniu, Szczecinie i Wrocławiu,

b) **Trybunał Ubezpieczeń Społecznych w Warszawie,** obejmujący obszar całego Państwa.

W orzekaniu w okręgowych sądach ubezpieczeń społecznych bierze udział, obok fachowego sędziego, także czynnik obywatelski, tj. ławnicy, z których jeden reprezentuje ubezpieczonych, drugi zaś pracodawców.

Do okręgowych sądów ubezpieczeń społecznych można wnosić skargi na decyzje instytucyj ubezpieczeń społecznych, z których wynikają skutki prawne dla ubezpieczonych i ich rodzin oraz innych zainteresowanych osób. Można również zaskarżyć przed tymi sądami niewydanie przez instytucję ubezpieczeń społecznych decyzji, mimo wniesienia roszczenia o świadczenia (jest to tzw. zaskarżenie milczenia).

Skargi w sprawach świadczeń na wypadek choroby można wnosić jednak tylko na orzeczenia wydane przez tymczasowe komisje rozjemcze, działające w poszczególnych ubezpieczalniach. Wynika z tego, że osoba uprawniona do świadczeń chorobowych, niezadowolona z orzeczenia ubezpieczalni, może najpierw odwołać się do tymczasowej komisji rozjemczej, a dopiero na orzeczenie tej komisji, przysługuje możność wniesienia skargi do okręgowego sądu ubezpieczeń społecznych, który rozstrzyga ostatecznie.

To samo odnosi się odpowiednio do świadczeń z ubezpieczenia rodzinnego dla pracowników i b. pracowników (tj. pobierających zasiłki z ubezpieczenia chorobowego po ustaniu stosunku pracy). Natomiast, o ile chodzi o skargi rencistów i emerytów w sprawie zasiłków rodzinnych, rozpatrują je bezpośrednio okręgowe sądy ubezpieczeń społecznych.

Skargi na decyzje instytucji ubezpieczeń społecznych wnosi się w 2 egzemplarzach bezpośrednio do okręgowego sądu ubezpieczeń społecznych, w terminie **2 miesięcy** od dnia doręczenia decyzji.

W tych przypadkach, w których przeciw wyrokom okręgowych sądów ubezpieczeń społecznych przysługuje skarga rewizyjna do Trybunału, wnosi się ją w terminie 1 miesiąca, licząc od doręczenia wyroku.

Postępowanie przed sądami ubezpieczeń społecznych jest

wolne od opłat sądowych. Sąd może w niektórych przypadkach (np. oczywista bezzasadność skargi) zasądzić od skarżącego koszty procesu.

Skarżący może występować przed okręgowym sądem ubezpieczeń społecznych osobiście lub przez pełnomocnika. Pełnomocnikiem skarżącego przed tym sądem może być nie tylko adwokat, ale także ktoś z najbliższej rodziny skarżącego bądź przedstawiciel związku zawodowego, którego członkiem jest skarżący. W postępowaniu przed Trybunałem Ubezpieczeń Społecznych obowiązuje zastępstwo skarżącego przez adwokata. Wynika z tego, że skarga rewizyjna skarżącego musi być podpisana przez adwokata.

17. UDZIAŁ PRZEDSTAWICIELSTWA PRACOWNICZEGO W DZIAŁALNOŚCI UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH

Doniosłe znaczenie w działalności ubezpieczeń społecznych posiada przedstawicielstwo pracownicze, tj. związki zawodowe i rady zakładowe.

Związki zawodowe ustalają przede wszystkim listę kandydatów na członków tymczasowych rad ubezpieczalni społecznych i ZUS oraz na ławników okręgowych sądów ubezpieczeń społecznych. Członkowie związków zawodowych biorą zatem udział obok innych osób w działalności tych organów.

Rady Zakładowe albo — w zakładach pracy, liczących od 5 do 20 pracowników — delegaci pracowników reprezentują interesy pracownicze w poszczególnych zakładach pracy.

Do przedstawicielstwa tego należy również udostępnienie pracownikom wszelkich korzyści płynących z ubezpieczeń społecznych oraz kontrolowanie, by pracodawcy wypełniali sumiennie swe obowiązki w stosunku do instytucyj ubezpieczeń społecznych.

W grudniu 1947 roku została zawarta umowa o współdziałaniu pomiędzy Centralną Komisją Związków Zawodowych a Zakładem Ubezpieczeń Społecznych.

W umowie tej obie strony stwierdzają, że dalszy rozwój ubezpieczeń społecznych leży w interesie świata pracy i że dla sprawnego funkcjonowania instytucyj ubezpieczeń społecznych konieczna jest ścisła współpraca z nimi organów związków zawodowych. Celem zorganizowania takiej współpracy Centralna Komisja Związków Zawodowych powoła przy każdej Okrę-

gowej Komisji Związków Zawodowych referenta dla spraw ubezpieczeń społecznych dla:

1) rozpowszechnianie idei i wiadomości o ubezpieczeniach społecznych i zaznajamiania pracowników z uprawnieniami i obowiązkami wobec instytucyj, przeprowadzających ubezpieczenia społeczne,
2) utrzymywania stałej łączności z organami samorządowymi i kierownictwem ubezpieczalni społecznych,
3) czuwania nad czynnościami przedstawicieli ubezpieczonych w samorządzie ubezpieczeń społecznych,
4) oddziaływania przez związki i rady zakładowe na zakłady pracy, aby te przestrzegały przepisów ubezpieczeniowych,
5) takiego współdziałania z ubezpieczalniami społecznymi, aby zapewnione zostały w całej pełni należne świadczenia tym ubezpieczonym, którym one przysługują i aby umożliwiono ubezpieczalniom społecznym ujawnianie osób, które nadużywają urządzeń ubezpieczeniowych.

Współpraca taka rozwija się w terenie pomyślnie i przynosi wyraźne korzyści zarówno światu pracy, jak i instytucjom ubezpieczeń społecznych.

Duże znaczenie posiada wreszcie przedstawicielstwo pracownicze w akcji zapobiegania wypadkom (akcja bezpieczeństwa) oraz wypłacie zasiłków rodzinnych.

18. URZĄDZENIA PODOBNE DO UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH ORAZ ZAOPATRZENIA SPECJALNE

Jak wynika z poprzednich rozdziałów **powszechne** ubezpieczenia społeczne obejmują obecnie: ubezpieczenie na wypadek **choroby** i **macierzyństwa**, ubezpieczenie **emerytalne robotników i pracowników umysłowych**, ubezpieczenie od **wypadków** w zatrudnieniu i chorób zawodowych, oraz ubezpieczenie **rodzinne**. Powszechne ubezpieczenie społeczne jest wykonywane przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych i ubezpieczalnie społeczne. Poza tym istnieje dodatkowe ubezpieczenie pensyjne dla górników i — na razie pozaustawowe — dla hutników.

Jednakże poza tymi ubezpieczeniami istnieją jeszcze inne urządzenia, których celem jest zabezpieczenie różnych kategoryj osób, albo nie objętych w ogóle ubezpieczeniem powszechnym, albo też podlegających temu ubezpieczeniu w ograniczonym tylko zakresie, tzn. tylko niektórym rodzajom ubezpieczenia. Np. 1) etatowi pracownicy państwowi podlegają po-

wszechnemu ubezpieczeniu tylko na wypadek choroby i macierzyństwa oraz ubezpieczeniu rodzinnemu, a nie podlegają ubezpieczeniu emerytalnemu, ani wypadkowemu, ponieważ mają zapewnione zaopatrzenie emerytalne z Państwowego Zakładu Emerytalnego, 2) pracownicy szeregu przedsiębiorstw państwowych i samorządowych oraz różnych instytucji publiczno-prawnych mają zapewnione na podstawie osobnych przepisów zaopatrzenie emerytalne (czasem także pomoc leczniczą) od pracodawcy lub funduszu emerytalnego, istniejącego w danym zakładzie pracy, wobec czego są zwolnieni od odpowiednich rodzajów powszechnego ubezpieczenia.

Przepisy prawne, regulujące zabezpieczenie różnych kategoryj osób, obowiązujące poza powszechnym ubezpieczeniem społecznym, można podzielić na następujące grupy (wyliczamy tylko najważniejsze):

1) Ustawa o zaopatrzeniu emerytalnym funkcjonariuszów państwowych i zawodowych wojskowych z dnia 11. 12. 1923 (Dz. U. R. P. Nr 20 z r. 1934, poz. 160 w brzmieniu obowiązującym). Zaopatrzenia emerytalne przyznaje i wypłaca Państwowy Zakład Emerytalny (P. Z. E.) w Warszawie.
2) a) Przepisy o zaopatrzeniu emerytalnym pracowników niektórych przedsiębiorstw i zakładów państwowych, a w szczególności:
   o zaopatrzeniu emerytalnym i odszkodowaniu za nieszczęśliwe wypadki pracowników przedsiębiorstwa P. K. P.,
   o zaopatrzeniu emerytalnym pracowników Polskiego Monopolu Tytoniowego, Państwowego Monopolu Spirytusowego, Polskiego Monopolu Solnego i Polskiego Monopolu Loteryjnego.
   b) Statuty emerytalne banków państwowych. P .K. O., Państwowy Bank Rolny, Bank Gospodarstwa Krajowego.
   c) Statuty emerytalne dla pracowników związków samorządu terytorialnego oraz przedsiębiorstw i zakładów tych związków.
   d) Statuty emerytalne innych instytucyj publiczno-prawnych, np. Powszechny Zakład Ubezpieczeń Wzajemnych, Komunalne Kasy Oszczędności, b. Zakład Ubezpieczenia od Wypadków.
3) Osobne przepisy regulują ubezpieczenie osobowe, w zasadzie dobrowolne (poza ubezpieczeniem społecznym). Wykonywanie takiego ubezpieczenia wymaga zezwolenia państwowej władzy nadzorczej. Zezwolenie takie może być udzie-

lone tylko państwowym, publiczno-prawnym albo spółdzielczym zakładom ubezpieczeń.

Przykłady: **Powszechny Zakład Ubezpieczeń Wzajemnych** wykonuje obecnie przymusowo ubezpieczenie budynków od ognia. Poza tym Zakład ten wykonuje dobrowolne (umowne) ubezpieczenie w najrozmaitszym zakresie (np. ubezpieczenie od gradobicia, ubezpieczenie zebranych plonów, inwentarza i narzędzi od ognia, ubezpieczenie transportowe, ubezpieczenie od odpowiedzialności cywilnej, a także ubezpieczenie osób, jak np. od wypadków). Niektóre z tych dobrowolnych rodzajów ubezpieczeń mogą stać się przymusowymi na poszczególnych obszarach (np. ubezpieczenie od gradobicia), jeżeli upoważnione przez ustawę czynniki podejmą w tym kierunku uchwały.

Pocztowa Kasa Oszczędności (P. K. O.) upoważniona jest poza swymi normalnymi czynnościami m. in. do prowadzenia działu dobrowolnych (umownych) ubezpieczeń życiowych.

Ubezpieczenia osobowe w tych instytucjach są dobrowolne. Ustawa zawiera jednak **przepis, umożliwiający wprowadzenie przymusowego ubezpieczenia** dla pewnych kategoryj osób.

Zachodzi pytanie, jaki jest stosunek ubezpieczeń społecznych do innych ubezpieczeń? Jeżeli chodzi o ubezpieczenia rzeczowe, zagadnienie jest całkiem jasne: ubezpieczenie społeczne nie obejmuje ubezpieczeń rzeczowych, lecz dotyczy tylko osób. Jeżeli zaś chodzi o ubezpieczenia osobowe, to różnica istotna polega na tym, że ubezpieczenie społeczne jest ubezpieczeniem przymusowym o ustawowo określonym zakresie osób, wysokości świadczeń i składek. Dobrowolne ubezpieczenie osób poza ubezpieczeniem społecznym, a więc np. w Powszechnym Zakładzie Ubezpieczeń Wzajemnych albo w P. K. O. jest zależne od woli danej osoby i nie zwalnia od ubezpieczenia społecznego. Świadczenia z instytucji ubezpieczeń społecznych są **całkowicie niezależne** od ewentualnych świadczeń z tytułu dobrowolnego (umownego) ubezpieczenia w P. Z. U. W. czy P. K. O. Wynika z tego, że kto, podlegając powszechnemu ubezpieczeniu od wypadków, był jednocześnie ubezpieczony dobrowolnie od wypadków w innej instytucji, otrzymać może świadczenia w razie wypadku zarówno z Zakładu Ubezpieczeń Społecznych, jak i tej instytucji, w której był dobrowolnie ubezpieczony (oczywiście, jeżeli spełniły się wszystkie wymagane warunki).

Dodać należy, że poza tymi instytucjami działają jeszcze roz-

maite kasy pogrzebowe, utworzone w poszczególnych związkach.

4) Przepisy o ubezpieczeniu społecznym oraz przepisy wymienione wyżej w pkt. 1) i 2) dotyczą ubezpieczenia albo zabezpieczenia w związku z wykonywaniem pracy, czyli w związku z zatrudnieniem, obejmują zatem normalnie **pracowników.** Jednakże istnieje szereg ustaw, które zapewniają zaopatrzenia nie z tytułu umowy o pracę lub z tytułu wykonywania służby w charakterze funkcjonariusza państwowego, lecz z innego powodu. Chodzi tu mianowicie o zaopatrzenie specjalne, należne wówczas, gdy niezdolność do zarobkowania, choroba albo śmierć pozostaje w związku ze spełnieniem obowiązku obywatelskiego, albo gdy chodzi o osoby szczególnie zasłużone.

Zaopatrzenia dla takich osób i pozostałych po nich rodzin reguluje szereg ustaw, z których najważniejsze dotyczą następujących grup osób:

a) inwalidów wojennych i wojskowych (ustawa o zaopatrzeniu inwalidzkim), których sprawy załatwiają urzędy inwalidzkie, a wypłaty zaopatrzeń dokonują władze skarbowe,
b) uczestników walk o niepodległość,
c) osób pozostałych po uczestnikach ruchu podziemnego i partyzanckiego,
d) ofiar wrogów demokratycznego ustroju Polski itp.

Zaopatrzenia dla osób określonych w pkt. b), c) i d) wypłaca Państwowy Zakład Emerytalny.

e) funkcjonariuszy służby bezpieczeństwa, żołnierzy Wojska Polskiego i członków O. R. M. O., którzy utracili zdolność do pracy w walce z wrogami Polski Demokratycznej, oraz pozostałych rodzin.

5) W końcu należy nadmienić, że przepisy o umowie o pracę robotników i pracowników umysłowych oraz przepisy kodeksu zobowiązań, dotyczące umowy o pracę — zawierają szereg postanowień, zapewniających pracownikom pewne świadczenia bezpośrednio od pracodawcy (np. prawo do wynagrodzenia w niektórych przypadkach w czasie choroby).

19. DANE LICZBOWE O UBEZPIECZENIACH SPOŁECZNYCH

W celu zobrazowania znaczenia ubezpieczeń społecznych zamieszcza się niżej kilka danych liczbowych:

W styczniu 1948 r. było w Polsce 195.000 zakładów pracy, zatrudniających osoby, podlegające ubezpieczeniu.

W tym czasie powszechnemu ubezpieczeniu **na wypadek choroby i macierzyństwa** podlegało 3.248.000 osób, nie licząc członków rodzin. Poza tym, uprawnionych do pomocy leczniczej z ubezpieczenia chorobowego było 399.000 rencistów lub emerytów. Powszechnemu **ubezpieczeniu emerytalnemu** podlegało w styczniu 1948 r. 3.011.000 osób, z czego na ubezpieczenie emerytalne **robotników** przypadało 2.359.000 osób, a na ubezpieczenie emerytalne **pracowników umysłowych** 652.000 osób. W tym czasie **powszechnemu ubezpieczeniu od wypadków** podlegało około 4.650.000 osób.

W styczniu 1948 r. ubezpieczalnie społeczne udzieliły 2.598.000 **porad lekarskich** oraz dostarczyły 2.624.000 **leków i środków opatrunkowych.**

Liczba płynnych rent i zaopatrzeń wypłaconych przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych z tytułu ubezpieczeń rentowych wynosiła w dniu 31. I. 1948 r. ogółem 441.000 rent, z czego przypadało:

na ubezpieczenie od wypadków i chorób zawodowych	75.000 rent
na ubezpieczenie emerytalne robotników .	328.000 „
„ „ „ pracowników umysłowych	38.000 „

Wydatki na świadczenia wynosiły w grudniu 1947 roku 2.513.000.000 zł, z czego przypadało na:

ubezpieczenie chorobowe	1.175.000.000 zł
ubezpieczenie rentowe	1.328.000.000 zł.

Tablica do obliczania świadczeń wypadkowych za czas od dnia 1 lutego 1948 r.

A. **Renty i dodatki** — miesięcznie w złotych.

a) **renta wypadkowa** dla ubezpieczonego w wieku ponad 18 lat:
w razie 100% niezdolności do zarobkowania . 3.600
„ „ 10% „ „ . 360

b) **dodatek dla bezradnych** ubezpieczonego ponad 18 lat : 1.800

c) **renta wypadkowa** dla ubezpieczonego w wieku niżej 18 lat:
w razie 100% niezdolności do zarobkowania . 2.400
„ „ 10% „ „ . 240

d) **dodatek dla bezradnych** ubezpieczonego niżej 18 lat : 1.200

e) **dadatki na dzieci:**
na jedno dziecko 650
na drugie dziecko 800
na każde następne dziecko 1.000

f) **renta dla rodziny:**
dla wdowy : 1.600
dla jednej sieroty 650
dla drugiej sieroty 800
dla każdej następnej sieroty 1.000
Przy rentach dla sierot zupełnych dochodzi na całe grono sierot kwota wspólna . . . 1.100
Dla dalszej rodziny po 500
w razie braku wdowy i sierot do renty dalszej rodziny dochodzi kwota wspólna . . . 1.100

B. **Wypadkowy dodatek wyrównawczy** wynosi 20% renty ubezpieczonego łącznie z ewentualnymi dodatkami na dzieci.

C. **Jednorazowa odprawa wypadkowa** równa się 36-miesięcznej ostatniej rencie ubezpieczonego.

D. **Jednorazowa odprawa wdowia** z powodu ponownego zamążpójścia wynosi:
w razie zawarcia małżeństwa przed 55 rokiem życia : 48.600

w razie zawarcia małżeństwa po 55 roku życia wdowy 16.200

E. **Jednorazowa zapomoga pośmiertna** po **ubezpieczonym** równa się miesięcznemu zarobkowi według którego zmarły był ostatnio ubezpieczony, nie mniej jednak, niż 5.400 zł i nie więcej, niż 15.000 złotych. Zapomoga pośmiertna po **renciście,** pobierającym rentę z tytułu własnego ubezpieczenia, wynosi 5.400 zł.

Tablica do obliczania świadczeń z ubezpieczenia emerytalnego robotników za czas od dnia 1 lutego 1948 r.

A. **Renty, zaopatrzenia i dodatki** — miesięcznie w złotych:

a) **renta ubezpieczonego**	2.000
b) zaopatrzenie z tytułu własnej pracy	1.800
c) **dodatki na dzieci:**	
na jedno dziecko	650
na drugie dziecko	800
na każde następne dziecko	1.000
d) **dodatek dla bezradnych**	1.000
e) **renty i zaopatrzenia dla rodziny:**	
renta wdowia	1.400
zaopatrzenie wdowie	1.200
renta lub zaopatrzenie dla jednej sieroty	650
renta lub zaopatrzenie dla drugiej sieroty	800
renta lub zaopatrzenie dla każdej następnej sieroty	1.000
przy rentach sierot zupełnych dochodzi na grono tych sierot kwota wspólna	900
przy zaopatrzeniach sierot zupełnych dochodzi na grono tych sierot kwota wspólna	700

B. **Jednorazowa odprawa wdowia** z powodu ponownego zamążpójścia wynosi:

w razie zawarcia małżeństwa przed 55 rokiem życia	36.000
w razie zawarcia małżeństwa po 55 roku życia	12.000

C. **Jednorazowa zapomoga pośmiertna** po **ubezpieczonym** równa się miesięcznemu zarobkowi, według którego zmarły był ostatnio ubezpieczony, nie mniej jednak, niż 5.400 zł i nie więcej, niż 15.000 złotych. Zapomoga pośmiertna **po renciście,** pobierającym rentę z tytułu własnego ubezpieczenia, wynosi 5.400 zł.

Tablica do obliczania świadczeń z ubezpieczenia emerytalnego pracowników umysłowych za czas od dnia 1 lutego 1948 r.

A. **Renty, zaopatrzenia i dodatki** — miesięcznie w złotych:

a) **renta ubezpieczonego**	2.000
b) **zaopatrzenie z tytułu własnej pracy**	1.800
c) **dodatki na dzieci:**	
na jedno dziecko	650
na drugie dziecko	800
na każde następne dziecko	1.000
d) **dodatek dla bezradnych**	1.000
e) **renty i zaopatrzenia dla rodziny:**	
renta wdowia	1.400
zaopatrzenie wdowie	1.200
renta lub zaopatrzenie dla jednej sieroty	650
renta lub zaopatrzenie dla drugiej sieroty	800
renta lub zaopatrzenie dla każdej następnej sieroty	1.000
przy rentach sierot zupełnych dochodzi na grono tych sierot kwota wspólna	900
przy zaopatrzeniach sierot zupełnych dochodzi na grono tych sierot kwota wspólna	700

B. **Jednorazowa odprawa wdowia** z powodu ponownego zamążpójścia wynosi 36.000

C. **Jednorazowa zapomoga pośmiertna** po **ubezpieczonym,** równa się miesięcznemu zarobkowi, według którego zmarły był ostatnio ubezpieczony, nie mniej jednak, niż 5.400 zł i nie więcej, niż 15.000 złotych.
Zapomoga pośmiertna **po renciście,** pobierającym rentę z tytułu własnego ubezpieczenia, wynosi 5.400 złotych.

D. **Jednorazowa odprawa** (z powodu nieprzebycia okresu wyczekiwania) wynosi dla **ubezpieczonego lub dla wdowy i sierot:**

w razie nieprzebycia 6 miesięcy składkowych	5.400
w razie przebycia pełnych 6 miesięcy składkowych	10.800

Za każde dalsze pełne 6-cio miesięczne okresy

ubezpieczenia odprawa wzrasta o kwotę 5.400 zł. Jednorazowa odprawa dla **rodziców ubezpieczonego** wynosi połowę odprawy, jaka przysługiwałaby ubezpieczonemu.

Uwaga. W czasie druku pracy niniejszej wprowadzone zostały pewne ulgi dla młodzieży opóźnionej w nauce z powodu wojny. Ulgi te dotyczą zasiłków rodzinnych na dzieci osób ubezpieczonych na wypadek choroby i sierot oraz dzieci rencistów. Ulgi polegają na przedłużeniu w wyjątkowych wypadkach prawa do zasiłków rodzinnych i do pomocy leczniczej, najdalej do końca 30 roku życia dla młodzieży kształcącej się a opóźnionej w nauce. Warunkiem zastosowania ulg są postępy w nauce.

BIBLIOTEKA M.P.I.O.S.

SPIS RZECZY

		str.
	Przedmowa	3
	Od autora	5
1.	Powstanie i cel ubezpieczeń społecznych	7
2.	Rodzaje polskich ubezpieczeń społecznych	10
3.	Podstawy prawne polskich ubezpieczeń społecznych	11
4.	Organizacja	12
5.	Obowiązek ubezpieczenia	14
6.	Zarobki i składki	17
7.	Rodzaje świadczeń i łączność między nimi	19
8.	Świadczenia z ubezpieczenia na wypadek choroby i macierzyństwa	21
9.	Świadczenia z ubezpieczenia rodzinnego	28
10.	Postępowanie w sprawach świadczeń z ubezpieczeń rentowych	33
11.	Świadczenia z ubezpieczenia od wypadków i chorób zawodowych	34
12.	Świadczenia z ubezp. emerytalnych robotników	39
13.	Świadczenia z ubezp. emeryt. pracown. umysł.	41
14.	Pomoc lecznicza w ubezpieczeniach rentowych	45
15.	Powstanie i ustanie prawa do świadczeń	47
16.	Sądy ubezpieczeń społecznych	47
17.	Udział przedstawicielstwa pracowniczego	49
18.	Urządzenia podobne do ubezpieczeń społecznych oraz zaopatrzenia specjalne	50
19.	Dane liczebne o ubezpieczeniach społecznych	54
	Tablice do obliczania wysokości świadczeń z ubezpieczeń rentowych.	

3640 KPiP
1103640
1103640