

WYPADKI PRZY PRACY – UPRAWNIENIA POSZKODOWANYCH**ubieganie się o świadczenia z ubezpieczenia wypadkowego - zus.**

Określenie prawa do świadczeń i ich wypłata z ubezpieczenia wypadkowego należy do kompetencji płatnika składek lub placówki Zakładu Ubezpieczeń Społecznych (ZUS).

Podstawą jest dokumentacja umożliwiająca ustalenie, czy okoliczności i przyczyny zdarzenia, które doprowadziło do urazu, uzasadniają uznanie go za wypadek przy pracy.

Ubiegający się o świadczenia składa w tej sprawie wniosek do płatnika składek, który kompletuje dokumentację, a następnie przekazuje ją – wraz z tym wnioskiem – właściwej, ze względu na miejsce zamieszkania poszkodowanego, placówce ZUS.

ZUS zwykle wymaga, by zostały złożone następujące dokumenty:

Wniosek z wyraźnym określeniem rodzaju świadczenia (np. jednorazowe odszkodowane z tytułu stałego uszczerbku na zdrowiu), zawierający:

- dane identyfikacyjne płatnika składek (NIP, REGON), a jeśli płatnik nie posiada tych numerów – nr PESEL lub serię i numer dowodu osobistego albo paszportu;
- dane ubezpieczonego (PESEL, NIP), a jeśli nie dysponuje on tymi numerami, to serię i nr dowodu osobistego albo paszportu.

Protokół powypadkowy lub karta wypadku – z uwierzytelnionymi kopiami (lub oryginałami – do wglądu): wyjaśnień poszkodowanego i informacjami uzyskanymi od świadków zdarzenia.

Zaświadczenie o stanie zdrowia (N-9), wypełnione przez lekarza leczącego, zawierające informację, że leczenie i rehabilitacja zostały zakończone; w przypadku śmierci poszkodowanego – akt zgonu.

ZUS często żąda również:

- Karty informacyjnej z udzielenia I pomocy – uwierzytelniona kopia (lub oryginał – do wglądu).
- Wyjaśnień, czy poszkodowany odbył wymagane szkolenia z zakresu bhp.
- Oświadczenie osoby, której poszkodowany zgłosił wypadek – uwierzytelniona kopia (lub oryginał – do wglądu).

Od poszkodowanych w wypadkach komunikacyjnych, ZUS często żąda również takich danych, jak: nr rejestracyjny pojazdu, personalia współuczestników wypadku, informacje o dochodzeniu prowadzonym przez Policję i inne organy.

W kierowanym przez płatnika (pracodawcę) do ZUS piśmie, do którego załącza się wyżej wymienione dokumenty, wskazane jest podanie: daty rozpoczęcia pracy, rodzaju umowy o pracę, a także informacji o odprowadzaniu składek na ubezpieczenie wypadkowe.

Protokół powypadkowy sporządza i zatwierdza pracodawca, a kartę wypadku – podmiot, na rzecz którego poszkodowany świadczył pracę – na innej podstawie niż stosunek pracy (np. umowa agencyjna, umowa zlecenie, umowa o dzieło). Dla prowadzących pozarolniczą działalność gospodarczą i współpracujących przy prowadzeniu tej działalności odpowiedni dokument sporządza Zakład Ubezpieczeń Społecznych (ZUS).

ZUS może odmówić przyznania świadczenia z ubezpieczenia wypadkowego, jeśli w dostarczonych mu dokumentach zamieszczone zostaną stwierdzenia bezpodstawne lub braki formalne, wymagające uzupełnienia. W przypadku wystąpienia braków formalnych, ZUS ma obowiązek zwrócenia protokołu lub karty w celu uzupełnienia. Nieprzyznanie świadczeń następuje w drodze decyzji.

Świadczenia z tytułu wypadku przy pracy nie przysługują, gdy wyłączną przyczyną wypadków było naruszenie przez ubezpieczonego przepisów dotyczących ochrony życia i zdrowia, spowodowane przez niego umyślnie lub wskutek rażącego niedbalstwa. Przepisy te to nie tylko regulacje dotyczące bezpieczeństwa i higieny pracy, ale również przepisy drogowe, przepisy ppoż. itp.

Świadczenia nie przysługują poszkodowanemu także wówczas, gdy będąc w stanie nietrzeźwości lub pod wpływem alkoholu lub środków odurzających lub substancji psychotropowych, przyczynił się w znacznym stopniu do wypadku. Okoliczności uzasadniające nieprzyznanie świadczeń wymagają udowodnienia.

W przypadku osób prowadzących pozarolniczą działalność i osób z nimi współpracujących, świadczenia nie przysługują także wówczas, gdy w dniu wypadku lub złożenia wniosku, wystąpi zadłużenie z tytułu składek – na kwotę 6,60 zł do czasu ich spłacenia. W sytuacji, gdy nie nastąpi uregulowanie tych należności, prawo do świadczeń przedawnia się z upływem 6 miesięcy od dnia wypadku lub złożenia wniosku.

WYPADEK PRZY PRACY

- Zasiłek chorobowy
- Świadczenie rehabilitacyjne
- Zasiłek wyrównawczy
- Jednorazowe odszkodowanie
- Jednorazowe odszkodowanie-dla rodziny
- Renta z tytułu niezdolności do pracy
- Renta szkoleniowa
- Renta rodzinna
- Dodatek do renty rodzinnej
- Dodatek pielęgnacyjny
- Pokrycie kosztów leczenia
- Odszkodowanie od pracodawcy
- Inne roszczenia

WYPADEK TRAKTOWANY NA RÓWNI Z WYPADKIEM PRZY PRACY

- Zasiłek chorobowy
- Świadczenie rehabilitacyjne
- Zasiłek wyrównawczy
- Jednorazowe odszkodowanie
- Jednorazowe odszkodowanie-dla rodziny
- Renta z tytułu niezdolności do pracy
- Renta szkoleniowa
- Renta rodzinna
- Dodatek do renty rodzinnej
- Dodatek pielęgnacyjny
- Pokrycie kosztów leczenia

WYPADEK W OKRESIE UBEZPIECZENIA WYPADKOWEGO - WYPADEK PRZY PRACY ŚWIADCZONEJ NA INNEJ PODSTAWIE NIŻ STOSUNEK PRACY

- Zasiłek chorobowy
- Świadczenie rehabilitacyjne
- Zasiłek wyrównawczy
- Jednorazowe odszkodowanie
- Jednorazowe odszkodowanie-dla rodziny
- Renta z tytułu niezdolności do pracy
- Renta szkoleniowa
- Renta rodzinna
- Dodatek do renty rodzinnej
- Dodatek pielęgnacyjny
- Pokrycie kosztów leczenia

WYPADEK W DRODZE DO PRACY I Z PRACY

Poszkodowany ma prawo do wynagrodzenia za okres 33 dni niezdolności do pracy (art. 92 § 1 pkt 2 Kodeksu pracy). Z tytułu dalszej nieobecności, przysługuje mu zasiłek chorobowy – z ustawy o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa (Dz.U. z 2017 roku, poz. 1368, ze zm.). Wysokość zasiłku wynosi 100% podstawy wymiaru. Zasiłek

przysługuje bez zachowania tzw. okresu karencji (30 dni podlegania ubezpieczeniu z tytułu choroby) - do upływu 182 dni niezdolności do pracy.

Po upływie okresu zasiłkowego, może być przyznane poszkodowanemu świadczenie rehabilitacyjne w wysokości 100% podstawy wymiaru. Przysługuje ono wówczas, gdy poszkodowany nadal jest niezdolny do pracy, a dalsze leczenie lub rehabilitacja rokuje odzyskanie tej zdolności. Świadczenie rehabilitacyjne przysługuje w okresie niezbędnym do przywrócenia zdolności do pracy, jednak nie dłużej niż przez okres 12 miesięcy. Nie przysługuje ono uprawnionemu do emerytury lub renty z tytułu niezdolności do pracy, zasiłku dla bezrobotnych, zasiłku przedemerytalnego lub do świadczenia przedemerytalnego, a także do urlopu dla poratowania zdrowia – udzielonego na podstawie odrębnych przepisów prawnych (np. urzędnikom państwowym).

Z tytułu niezdolności do pracy z powodu wypadku w drodze do pracy i z pracy przysługuje poszkodowanemu również renta. Nie mają tu zastosowania przepisy dotyczące wymaganego okresu składkowego (art. 57a ustawy o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych – Dz. U. z 2017 roku, poz. 1383 ze zm.).

Podstawą do ubiegania się o wyżej wymienione świadczenia jest dokumentacja umożliwiająca ustalenie, czy okoliczności i przyczyny zdarzenia, które doprowadziło do urazu, dają podstawę do uznania go za wypadek w drodze do pracy i z pracy.

WYPADEK PRZY PRACY ROLNICZEJ

- Zasiłek chorobowy
- Jednorazowe odszkodowanie
- Jednorazowe odszkodowanie-dla rodziny

Zasiłek chorobowy – przysługuje poszkodowanemu w wysokości 100% podstawy wymiaru składek na ubezpieczenie wypadkowe. Prawo do zasiłku przysługuje – niezależnie od okresu ubezpieczenia – od pierwszego dnia niezdolności do pracy spowodowanej wypadkiem przy pracy. Zasiłek chorobowy z ubezpieczenia wypadkowego nie przysługuje za okresy niezdolności do pracy spowodowanej wypadkiem przy pracy, za które ubezpieczony na podstawie odrębnych przepisów (np. art. 92 Kodeksu pracy) zachowuje prawo do wynagrodzenia, uposażenia, stypendium lub innego świadczenia przysługującego za czas niezdolności do pracy.

Świadczenie rehabilitacyjne – przysługuje poszkodowanemu w wysokości 100% podstawy wymiaru składek na ubezpieczenia wypadkowe, niezależnie od okresu ubezpieczenia. Przysługuje ono w sytuacji, gdy po wyczerpaniu zasiłku chorobowego poszkodowany jest nadal niezdolny do pracy, a dalsze leczenie lub rehabilitacja lecznicza rokuje odzyskanie przez niego zdolności do pracy. Świadczenie rehabilitacyjne przysługuje na okres niezbędny do przywrócenia zdolności do pracy, nie dłużej jednak niż przez 12 miesięcy.

O wystąpieniu okoliczności uzasadniających przyznanie bądź nieprzyznanie prawa do tego świadczenia orzeka lekarz orzecznik ZUS. Od orzeczenia lekarza orzecznika przysługuje zainteresowanemu sprzeciw do komisji lekarskiej ZUS, w ciągu 14 dni od dnia doręczenia orzeczenia. Sprzeciw wnosi się za pośrednictwem placówki ZUS – właściwej dla miejsca zamieszkania zainteresowanego. Komisja lekarska ZUS rozstrzyga sprawę – podobnie jak lekarz orzecznik – w formie orzeczenia.

Orzeczenie, od którego nie wniesiono sprzeciwu lub co do którego nie wniesiono zarzutu wadliwości, jest podstawą do wydania przez ZUS decyzji w sprawie wypłaty świadczenia rehabilitacyjnego.

Świadczenie rehabilitacyjne nie przysługuje uprawnionemu do emerytury lub renty z tytułu niezdolności do pracy, zasiłku dla bezrobotnych, zasiłku przedemerytalnego, świadczenia przedemerytalnego, nauczycielskiego świadczenia kompensacyjnego oraz do urlopu dla poratowania zdrowia – udzielonego na podstawie odrębnych przepisów prawnych (np. urzędnicy).

Zasiłek wyrównawczy – przysługuje wyłącznie ubezpieczonym posiadającym status pracownika. Zasiłek przysługuje wówczas, gdy wynagrodzenie poszkodowanego uległo obniżeniu w wyniku stałego lub długotrwałego uszczerbku na zdrowiu.

Prawo do zasiłku wyrównawczego ustaje z dniem zakończenia rehabilitacji zawodowej i przesunięcia do innej pracy, lecz nie później niż po 24 miesiącach od dnia w którym ubezpieczony będący pracownikiem podjął rehabilitację lub jeżeli z uwagi na stan zdrowia poszkodowanego rehabilitacja stała się bezcelowa.

O potrzebie rehabilitacji zawodowej i okolicznościach uzasadniających jej zakończenie, orzeka lekarz orzecznik ZUS.

Od orzeczenia przysługuje sprzeciw do komisji lekarskiej ZUS, w ciągu 14 dni od dnia doręczenia orzeczenia. Sprzeciw wnosi się za pośrednictwem placówki ZUS – właściwej dla miejsca zamieszkania zainteresowanego. Komisja lekarska ZUS rozstrzyga sprawę – podobnie jak lekarz – w formie orzeczenia.

Orzeczenie, od którego nie wniesiono sprzeciwu lub co do którego nie zgłoszono zarzutu wadliwości, jest podstawą do wydania przez ZUS decyzji w sprawie wypłaty świadczenia.

Zasiłek nie przysługuje ubezpieczonemu pracownikowi, który jest uprawniony do emerytury lub renty z tytułu niezdolności do pracy.

Jednorazowe odszkodowanie – przysługuje ubezpieczonemu, który doznał stałego lub długotrwałego uszczerbku na zdrowiu. Uprawnienia do jednorazowego odszkodowania z tego tytułu określa się po zakończeniu leczenia i rehabilitacji. Odszkodowanie przysługuje w wysokości zależnej od stopnia uszczerbku na zdrowiu.

W przypadku zwiększenia się uszczerbku, który był podstawą przyznania jednorazowego odszkodowania, o co najmniej o 10 punktów procentowych, odszkodowanie zwiększa się odpowiednio za każdy procent uszczerbku na zdrowiu przewyższający procent, według którego ustalone było to odszkodowanie. Odszkodowanie ulega zwiększeniu, jeżeli w stosunku do ubezpieczonego została orzeczona całkowita niezdolność do pracy oraz niezdolność do samodzielnej egzystencji wskutek wypadku przy pracy.

Do ustalenia wysokości jednorazowego odszkodowania, przyjmuje się przeciętne wynagrodzenie obowiązujące w dniu wydania decyzji. Kwoty odszkodowań zaokrągla się do pełnych złotych.

Stopień uszczerbku na zdrowiu oraz jego związek z wypadkiem przy pracy ustala lekarz orzecznik ZUS, wydając w tej sprawie orzeczenie. Orzeczenie otrzymuje ubezpieczony lub inna uprawniona osoba (np. członek rodziny poszkodowanego).

Od orzeczenia lekarza orzecznika przysługuje sprzeciw do komisji lekarskiej Zakładu Ubezpieczeń Społecznych (ZUS) w ciągu 14 dni od dnia doręczenia tego orzeczenia. Sprzeciw wnosi się za pośrednictwem jednostki organizacyjnej ZUS, właściwej ze względu na miejsce zamieszkania osoby zainteresowanej. Komisja lekarska, rozpatrując sprzeciw lub zarzut wadliwości dokonuje rozstrzygnięcia w formie orzeczenia.

Orzeczenie, od którego nie wniesiono sprzeciwu lub co do którego nie zgłoszono zarzutu wadliwości, jest podstawą do wydania przez ZUS decyzji w sprawie wypłaty świadczenia.

Jednorazowe odszkodowanie z tytułu śmierci ubezpieczonego – świadczenie to przysługuje członkom rodziny ubezpieczonego, który zmarł wskutek wypadku przy pracy. Odszkodowanie przysługuje także wówczas, gdy ubezpieczony był uprawniony do renty z ubezpieczenia wypadkowego.

Ustalenia związku między śmiercią ubezpieczonego lub rencisty z wypadkiem przy pracy, dokonuje lekarz orzecznik ZUS, wydając w tej sprawie orzeczenie.

Od orzeczenia lekarza orzecznika przysługuje sprzeciw do komisji lekarskiej ZUS w terminie 14 dni od dnia doręczenia orzeczenia. Sprzeciw wnosi się za pośrednictwem placówki ZUS, która jest właściwa dla miejsca zamieszkania zainteresowanego. Komisja lekarska rozstrzyga sprawę także przez wydanie orzeczenia.

Orzeczenie, od którego nie wniesiono sprzeciwu lub co do którego nie zgłoszono zarzutu wadliwości, jest podstawą do wydania przez ZUS decyzji w sprawie wypłaty świadczenia.

Kwoty jednorazowego odszkodowania uzależnione są od liczby uprawnionych do odszkodowania członków rodziny i stopnia pokrewieństwa ze zmarłym.

Jednorazowe odszkodowanie z tytułu śmierci ubezpieczonego, który zmarł wskutek wypadku przy pracy rolniczej lub rolniczej choroby zawodowej, zmniejsza się o kwotę jednorazowego odszkodowania z tytułu stałego lub długotrwałego uszczerbku na zdrowiu wypłaconego temu ubezpieczonemu.

Renta z tytułu niezdolności do pracy – przysługuje ubezpieczonemu, który stał się niezdolny do pracy wskutek wypadku przy pracy. Świadczenie to przysługuje niezależnie od długości okresu ubezpieczenia wypadkowego, a także bez względu na datę powstania niezdolności do pracy spowodowanej wypadkiem. Prawo do tej renty ustaje z powodu ustąpienia niezdolności do pracy, a w przypadku ponownego jej wystąpienia, prawo to przywraca się – bez względu na to, jak długa była przerwa.

Renta szkoleniowa – przysługuje ubezpieczonemu, w stosunku do którego orzeczono celowość przekwalifikowania zawodowego ze względu na niezdolność do pracy w dotychczasowym zawodzie

spowodowaną wypadkiem przy pracy. Renta przysługuje niezależnie od długości okresu ubezpieczenia wypadkowego, a także bez względu na datę powstania niezdolności do pracy z powodu wypadku.

Renta rodzinna – przysługuje członkom rodziny ubezpieczonego, który zmarł wskutek wypadku. Przysługuje ono także w razie śmierci rencisty uprawnionego do renty z tytułu niezdolności do pracy. Uprawnienie to nie jest zależne od długości okresu ubezpieczenia wypadkowego, a także od daty powstania niezdolności do pracy z powodu wypadku.

Renta rodzinna ulega podziałowi między uprawnionych.

Dodatek do renty rodzinnej – dla sieroty zupełnej, jeżeli jest uprawniona do renty rodzinnej z ubezpieczenia wypadkowego. Zasady przyznawania tego dodatku i jego wysokość określone są w przepisach ustawy o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych.

Dodatek pielęgnacyjny – przysługuje osobie uprawnionej do renty z ubezpieczenia wypadkowego na zasadach i wysokości określonej w przepisach emerytalnych.

Pokrycie kosztów leczenia – z zakresu stomatologii i szczepień ochronnych oraz zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne w zakresie określonym w przepisach.

Odszkodowanie od pracodawcy - Pracownikowi poszkodowanemu w wypadku przy pracy, zgodnie z art. 237¹ §2 Kodeksu pracy, przysługuje od pracodawcy odszkodowanie za utratę lub uszkodzenie w związku z wypadkiem przedmiotów osobistego użytku (np. protezy, okulary) i przedmiotów niezbędnych do wykonywania pracy, za wyjątkiem pojazdów samochodowych oraz wartości pieniężnych.

Inne roszczenia z tytułu skutków wypadku przy pracy - świadczenia z ubezpieczenia wypadkowego, a także odszkodowania określone w art. 237¹ § 2 Kodeksu pracy z tytułu utraty lub uszkodzenia przedmiotów osobistego użytku, nie wyczerpują listy możliwych roszczeń związanych ze skutkami wypadków przy pracy. Zainteresowany może domagać się – na drodze cywilnoprawnej – naprawienia szkody lub zadośćuczynienia pieniężnego za doznaną krzywdę (art. 444 – 446 k.c.). Poszkodowanemu może być przyznana stosowna suma na leczenie, przygotowanie do nowego zawodu (jeśli poszkodowany stał się inwalidą); renta (np. w przypadku całkowitej lub częściowej utraty zdolności do pracy zarobkowej, wzrostu potrzeb życiowych), a także odpowiednia suma – tytułem zadośćuczynienia pieniężnego za doznaną krzywdę. Przepisy k.c. przewidują również roszczenia, z jakimi mogą występować inne osoby, w tym rodzina zmarłego poszkodowanego. W sytuacji, gdy na zmarłym ciążył obowiązek alimentacyjny, zainteresowana osoba może żądać od zobowiązanego do naprawienia szkody – renty (do czasu zakończenia obowiązku alimentacyjnego).

Takiej samej renty mogą żądać inne osoby bliskie, którym zmarły dobrowolnie i stale dostarczał środków utrzymania, jeżeli z okoliczności wynika, że wymagają tego zasady współżycia społecznego.

Sąd może ponadto przyznać najbliższym członkom rodziny zmarłego stosowne odszkodowanie, jeżeli wskutek jego śmierci nastąpiło znaczne pogorszenie ich sytuacji życiowej lub odpowiednią sumę tytułem zadośćuczynienia pieniężnego za doznaną krzywdę.

Zasiłek chorobowy przysługuje ubezpieczonemu, który jest niezdolny do pracy nieprzerwanie przez co najmniej 30 dni. Okres zasiłkowy nie może trwać dłużej niż 180 dni. Po upływie tego czasu, w przypadku, gdy ubezpieczony jest niezdolny do pracy, a dalsze leczenie i rehabilitacja rokuje odzyskanie zdolności do pracy, zasiłek przedłuża się na okres niezbędny do przywrócenia tej zdolności, lecz nie dłużej niż o dalsze 360 dni.

Zasiłek przyznaje się i wypłaca na podstawie zaświadczenia o czasowej niezdolności do pracy – wydanego przez lekarza, lekarza dentystę, felczera lub starszego felczera (upoważnionych do wydawania takich zaświadczeń). Zasiłek z tytułu niezdolności dłuższej niż 180 dni, jest przyznawany i wypłacany na podstawie orzeczenia lekarza rzeczoznawcy KRUS. Ustalenie prawa do świadczeń pieniężnych z ubezpieczenia i ich wymiaru odbywa się w drodze decyzji. Decyzje w tych sprawach wydają osoby uprawnione przez prezesa KRUS. Od tych decyzji przysługuje odwołanie do sądu. Przysługuje ono również w sytuacji, gdy decyzja w tych sprawach, mimo spełnienia wymaganych warunków, nie zostanie w ogóle wydana.

Zasiłek chorobowy nie przysługuje za okres przebywania ubezpieczonego, na koszt Kasy, w zakładzie opieki zdrowotnej w celu rehabilitacji, a także po ustaniu ubezpieczenia.