



Świadczenia pieniężne
z ubezpieczenia społecznego
w razie choroby
i macierzyństwa dla osób
prowadzących działalność
pozarolniczą

Poradnik

Świadczenia pieniężne z ubezpieczenia
społecznego w razie choroby i macierzyństwa
dla osób prowadzących działalność pozarolniczą
Poradnik
data aktualizacji: 14-06-2008

Spis treści

Wstęp	4
I. Świadczenia pieniężne w razie choroby i macierzyństwa z ubezpieczenia chorobowego	5
1. Zasiłek chorobowy	5
2. Świadczenie rehabilitacyjne	11
3. Zasiłek macierzyński	12
4. Zasiłek opiekuńczy	14
5. Podstawa wymiaru zasiłków	17
6. Zasady wypłaty świadczeń	19
II. Świadczenia pieniężne w razie choroby z tytułu wypadków przy pracy i chorób zawodowych	21
Wykaz aktów prawnych	25

Wstęp

Prawo do świadczeń pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa, ich wysokość, zasady obliczania i wypłaty regulują przepisy ustawy z dnia 25 czerwca 1999 r. o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa (Dz.U. 2005 nr 31, poz. 267, 2006 nr 221, poz. 1615, 2007 nr 47, poz. 318, nr 115, poz. 792, 2008 nr 93, poz. 582). Świadczenia te przysługują wszystkim osobom objętym ubezpieczeniem chorobowym, określonym przepisami ustawy z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych (Dz.U. 2007 r. nr 11, poz. 74 z późn. zm.). Do kręgu tych osób zalicza się m. in. osoby, które są objęte ubezpieczeniem chorobowym jako prowadzące działalność pozarolniczą oraz osoby z nimi współpracujące.

W przypadku niezdolności do pracy spowodowanej wypadkiem przy pracy lub chorobą zawodową świadczenia z tego tytułu przysługują osobom objętym ubezpieczeniem społecznym w razie wypadków przy pracy i chorób zawodowych, zwanym ubezpieczeniem wypadkowym, określonym powołaną ustawą z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych. Od dnia 1 stycznia 2003 r. zasady wypłaty świadczeń z ubezpieczenia wypadkowego są uregulowane przepisami ustawy z dnia 30 października 2002 r. o ubezpieczeniu społecznym z tytułu wypadków przy pracy i chorób zawodowych (Dz.U. nr 199, poz. 1673 z późn. zm.).

Zgodnie z ustawą o systemie ubezpieczeń społecznych za **osobę prowadzącą działalność pozarolniczą** uważa się:

- osobę prowadzącą pozarolniczą działalność gospodarczą na podstawie przepisów o działalności gospodarczej lub innych przepisów szczególnych,
- twórcę,
- artystę,
- osobę prowadzącą działalność:
 - w zakresie wolnego zawodu w rozumieniu przepisów o zryczałtowanym podatku dochodowym od niektórych przychodów osiąganych przez osoby fizyczne,
 - z której przychody są przychodami z działalności gospodarczej w rozumieniu przepisów o podatku dochodowym od osób fizycznych,
- wspólnika jednoosobowej spółki z ograniczoną odpowiedzialnością oraz wspólników spółki jawnej, komandytowej lub partnerskiej.

Za **osobę współpracującą** z osobą prowadzącą pozarolniczą działalność uważa się małżonka, dzieci własne, dzieci drugiego małżonka i dzieci przysposobione, rodziców, macochę i ojczyma oraz osoby przysposabiające, jeżeli pozostają z tą osobą we wspólnym gospodarstwie domowym i współpracują przy prowadzeniu działalności. **Nie jest osobą współpracującą** osoba, z którą zawarto umowę o pracę w celu przygotowania zawodowego.

Osoby prowadzące działalność pozarolniczą i osoby z nimi współpracujące, podlegające obowiązkowo ubezpieczeniom emerytalnemu i rentowym, mogą zostać na swój wniosek objęte dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym. Objęcie dobrowolnie ubezpieczeniem chorobowym następuje od dnia wskazanego we wniosku o objęcie tym ubezpieczeniem, nie wcześniej jednak niż od dnia, w którym wniosek w tej sprawie został zgłoszony. Jeżeli jednak zgłoszenie do ubezpieczeń emerytalnego i rentowych zostanie dokonane w terminie 7 dni od daty powstania obowiązku ubezpieczeń, a w przypadku twórców i artystów w ciągu 7 dni od dnia otrzymania decyzji Komisji do Spraw Zaopatrzenia Emerytalnego Twórców ustalającej datę rozpoczęcia wykonywania działalności twórczej lub artystycznej, objęcie dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym następuje od dnia wskazanego we wniosku.

Dobrowolne ubezpieczenie chorobowe ustaje od dnia wskazanego we wniosku o wyłączenie z ubezpieczenia, nie wcześniej jednak niż od dnia, w którym wniosek został złożony. Dobrowolne ubezpieczenie chorobowe ustaje także z powodu niedotrzymania terminu opłacenia składek na to ubezpieczenie lub opłacenie tych składek w niższej wysokości niż należna. Dobrowolne ubezpieczenie chorobowe ustaje bowiem od pierwszego dnia miesiąca kalendarzowego, za który nie opłacono w terminie składki należnej na to ubezpieczenie. Jeżeli jednak za część miesiąca (od pierwszego dnia miesiąca) ubezpieczony pobierał zasiłek z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa, ubezpieczenie chorobowe ustaje od dnia następującego po dniu, za który

zasiłek został wypłacony. W uzasadnionych przypadkach Zakład Ubezpieczeń Społecznych, na wniosek ubezpieczonego, może wyrazić zgodę na opłacenie składek po obowiązującym terminie.

Osobom, które przystąpiły do ubezpieczenia chorobowego przysługują następujące świadczenia pieniężne w razie choroby i macierzyństwa z ubezpieczenia chorobowego:

- zasiłek chorobowy,
- świadczenie rehabilitacyjne,
- zasiłek macierzyński,
- zasiłek opiekuńczy.

Osoby prowadzące działalność pozarolniczą oraz osoby z nimi współpracujące podlegają obowiązkowo ubezpieczeniu wypadkowemu.

W razie niezdolności do pracy spowodowanej wypadkiem przy pracy lub chorobą zawodową osobom tym przysługują następujące świadczenia z tytułu choroby z ubezpieczenia wypadkowego:

- zasiłek chorobowy,
- świadczenie rehabilitacyjne.

I. Świadczenia pieniężne w razie choroby i macierzyństwa z ubezpieczenia chorobowego

1. Zasiłek chorobowy

Prawo do zasiłku

Ubezpieczonemu, który jest niezdolny do pracy z powodu choroby przysługuje zasiłek chorobowy. Zasiłek ten przysługuje niezależnie od okresu trwania niezdolności do pracy, gdyż przepisy nie określają minimalnego okresu trwania niezdolności do pracy dla nabycia prawa do zasiłku chorobowego. Na równi z niezdolnością do pracy z powodu choroby traktowana jest niemożność wykonywania pracy w wyniku decyzji wydanej na podstawie przepisów o zwalczaniu chorób zakaźnych lub o zwalczaniu gruźlicy oraz z powodu przebywania w stacjonarnym zakładzie leczenia odwykowego w celu leczenia uzależnienia alkoholowego albo w stacjonarnym zakładzie opieki zdrowotnej w celu leczenia uzależnienia od środków odurzających lub substancji psychotropowych, a także wskutek poddania się niezbędnym badaniom lekarskim przewidzianym dla kandydatów na dawców komórek, tkanek i narządów.

Zasiłek chorobowy przysługuje ubezpieczonemu, który stał się niezdolny do pracy z powodu choroby w czasie trwania ubezpieczenia chorobowego. Nie nabędzie więc prawa do tego zasiłku osoba prowadząca działalność pozarolniczą lub osoba z nią współpracująca, która wniosek o objęcie dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym zgłosiła już po powstaniu niezdolności do pracy. Zasiłek chorobowy nie będzie w takim przypadku przysługiwał za cały okres nieprzerwanej niezdolności do pracy z powodu choroby.

Przykład

Osoba, która rozpoczęła prowadzenie działalności pozarolniczej od 1 lutego, podlega obowiązkowym ubezpieczeniom emerytalnemu, rentowym i wypadkowemu. Osoba ta stała się niezdolna do pracy w dniu 22 sierpnia. Zgłoszenie do ubezpieczenia chorobowego na druku ZUS ZUA wypełniła w dniu 22 sierpnia. Zgłoszenie do ubezpieczenia wpłynęło do Zakładu Ubezpieczeń Społecznych w dniu 26 sierpnia i od tej daty osoba ta została objęta ubezpieczeniem chorobowym. Niezdolność do pracy z powodu choroby trwała od 22 sierpnia do 3 listopada. Ponieważ niezdolność do pracy powstała przed objęciem ubezpieczeniem, zasiłek chorobowy nie przysługuje ubezpieczonemu za cały okres niezdolności do pracy.

Warunek powstania niezdolności do pracy w czasie ubezpieczenia chorobowego uważa się jednak za spełniony, jeżeli nieprzerwana niezdolność do pracy powstała w czasie trwania ubezpieczenia chorobowego z innego tytułu. Taka sytuacja ma miejsce m. in. w przypadku, gdy osoba prowadząca

działalność pozarolniczą lub osoba z nią współpracująca będąca równocześnie pracownikiem, do ubezpieczenia chorobowego z tytułu prowadzenia działalności (współpracy) przystąpiła po ustaniu zatrudnienia, ale zachorowała jeszcze w czasie trwania zatrudnienia i choruje nieprzerwanie po jego ustaniu. Mimo że niezdolność do pracy z powodu choroby powstała przed objęciem ubezpieczeniem z tytułu prowadzenia działalności pozarolniczej, ubezpieczony nabędzie prawo do zasiłku chorobowego z tej działalności od daty objęcia ubezpieczeniem, gdyż nieprzerwana niezdolność do pracy powstała w czasie ubezpieczenia chorobowego, któremu ubezpieczony podlegał jako pracownik. Ubezpieczony będzie miał prawo do zasiłku nawet wówczas, gdy przystąpi do ubezpieczenia chorobowego od następnego dnia po ustaniu poprzedniego ubezpieczenia, jak i gdy do ubezpieczenia chorobowego przystąpi po przerwie, oraz jeśli przerwa w ubezpieczeniu nie przekroczyła 30 dni oraz nie było przerwy w niezdolności do pracy. W takim przypadku do nabycia prawa do zasiłku ubezpieczony musi posiadać wymagany okres ubezpieczenia tzw. okres wyczekiwania (który został przedstawiony w dalszej części opracowania).

Przykład

Osoba, będąca pracownikiem, przez dwa lata prowadziła równocześnie działalność pozarolniczą. Z tytułu tej działalności nie podlegała ubezpieczeniom społecznym. Umowa o pracę została z pracownikiem rozwiązana 30 września. Osoba ta zgłosiła się do ubezpieczeń społecznych: emerytalnego, rentowych, chorobowego i wypadkowego z tytułu prowadzenia działalności. Zgłoszenie do ubezpieczeń na formularzu ZUS ZUA wpłynęło do Zakładu Ubezpieczeń Społecznych 25 października, zatem dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym została objęta od 25 października. Osoba ta stała się niezdolna do pracy z powodu choroby 24 września i chorowała nieprzerwanie do 15 grudnia. Osoba ta nabędzie prawo do zasiłku chorobowego jako prowadząca działalność pozarolniczą od 25 października, tj. od daty objęcia ubezpieczeniem chorobowym, ponieważ nieprzerwana niezdolność do pracy z powodu choroby powstała w czasie innego ubezpieczenia (zatrudnienia). Przerwa w ubezpieczeniu chorobowym z tytułu zatrudnienia i z tytułu prowadzenia działalności pozarolniczej nie przekroczyła 30 dni (wynosiła 24 dni), w związku z tym okres zatrudnienia zostanie zaliczony do okresu ubezpieczenia wymaganego do nabycia prawa do zasiłku chorobowego (do okresu wyczekiwania na zasiłek chorobowy).

Okres wyczekiwania na prawo do zasiłku chorobowego

Ubezpieczony nabywa prawo do zasiłku chorobowego po upływie wymaganego okresu ubezpieczenia. Okres ten dla osób podlegających ubezpieczeniu chorobowemu dobrowolnie, a więc i dla osób prowadzących działalność pozarolniczą i osób z nimi współpracujących, wynosi 180 dni.

Do okresu ubezpieczenia, od którego uzależnione jest prawo do zasiłku chorobowego, zalicza się poprzednie okresy podlegania ubezpieczeniu chorobowemu, zarówno obowiązkowo jak i dobrowolnie, pod warunkiem jednak, że przerwa w ubezpieczeniu nie przekracza 30 dni.

Przykład 1

Osoba rozpoczynająca prowadzenie działalności pozarolniczej od 1 kwietnia zgłosiła wniosek o objęcie ubezpieczeniem chorobowym od tej daty. Przed rozpoczęciem tej działalności ubezpieczony był zatrudniony przez 3 lata; zatrudnienie ustało z dniem 11 marca. 13 lipca ubezpieczony stał się niezdolny do pracy z powodu choroby i chorował do 2 września. Ponieważ przerwa między obecnym a poprzednim ubezpieczeniem nie przekraczała 30 dni (wynosiła 20 dni), a łącznie ubezpieczenie trwało ponad 180 dni, ubezpieczonemu przysługuje zasiłek chorobowy za okres od 13 lipca do 2 września

Przykład 2

Osoba współpracująca z osobą prowadzącą działalność pozarolniczą była niezdolna do pracy z powodu choroby w okresie od 12 stycznia do 3 lutego. Osoba ta została zgłoszona do ubezpieczenia chorobowego 1 stycznia ubiegłego roku. Z powodu nieopłacenia za nią składek na ubezpieczenie chorobowe za wrzesień w terminie, z dniem 1 września ubiegłego roku ubezpieczenie chorobowe ustało. Ponownie ubezpieczeniem chorobowym została objęta od 24 października. Ubezpieczonej nie przysługuje zasiłek chorobowy za okres choroby od 12 stycznia do 3 lutego, ponieważ nie posiada wymaganego 180-dniowego okresu ubezpieczenia chorobowego. Ubezpieczona posiada bowiem tylko 80 dni nieprzerwanego ubezpieczenia chorobowego od 24 października. Okres ubezpieczenia od 1 stycznia do 31 sierpnia ubiegłego roku nie może zostać zaliczony do okresu ubezpieczenia chorobowego wymaganego do nabycia prawa do zasiłku, gdyż przerwa między nim a następnym okresem ubezpieczenia przekroczyła 30 dni. Ubezpieczona

ponownie stała się niezdolna do pracy w okresie od 17 do 30 czerwca. Za okres tej niezdolności do pracy przysługuje jej zasiłek chorobowy, ponieważ pozostawała w ubezpieczeniu chorobowym przez okres ponad 180 dni.

Do okresów ubezpieczenia chorobowego doliczone zostaną także poprzednie okresy ubezpieczenia, nawet gdy przerwa między nimi jest dłuższa niż 30 dni, jeżeli jest ona spowodowana urlopem wychowawczym, bezpłatnym lub odbywaniem czynnej służby wojskowej przez żołnierza niezawodowego.

Przykład

Z pracownicą, która przed urlopem wychowawczym była zatrudniona przez okres 3 lat, po zakończeniu urlopu wychowawczego rozwiązano umowę o pracę. Po 15 dniach od rozwiązania umowy o pracę rozpoczęła prowadzenie działalności pozarolniczej, zgłaszając się do ubezpieczeń społecznych, w tym do ubezpieczenia chorobowego od pierwszego dnia tej działalności. Ubezpieczona zachorowała po czterech miesiącach podlegania ubezpieczeniu jako osoba prowadząca działalność pozarolniczą. Ponieważ do okresu ubezpieczenia chorobowego doliczony zostanie okres ubezpieczenia (zatrudnienia) poprzedzający urlop wychowawczy, ubezpieczonej będzie przysługiwał zasiłek chorobowy, mimo iż ubezpieczeniu chorobowemu z tytułu wykonywania działalności pozarolniczej podlega przez okres krótszy niż 180 dni, jednak łączny okres ubezpieczenia (wraz z poprzednim) wynosi ponad 180 dni.

W niektórych przypadkach prawo do zasiłku chorobowego osobom prowadzącym działalność pozarolniczą lub osobom z nimi współpracującym przysługuje bez wymaganego okresu ubezpieczenia. Mają do niego prawo:

- absolwenci szkół lub szkół wyższych, którzy zostali objęci ubezpieczeniem chorobowym lub przystąpili do tego ubezpieczenia w ciągu 90 dni od dnia ukończenia szkoły lub uzyskania dyplomu ukończenia studiów wyższych (w odniesieniu do absolwentów szkół datą ukończenia szkoły jest data podana w świadectwie ukończenia szkoły, natomiast w przypadku absolwentów szkół wyższych datą ukończenia szkoły wyższej jest data złożenia egzaminu dyplomowego),
- ubezpieczeni, których niezdolność do pracy spowodowana została wypadkiem w drodze do pracy lub z pracy,
- ubezpieczeni, którzy zostali objęci ubezpieczeniem chorobowym po zakończeniu sprawowania mandatu posła lub senatora, jeżeli przystąpili do ubezpieczenia chorobowego w ciągu 90 dni od ukończenia kadencji.

Prawo do zasiłku chorobowego po ustaniu tytułu ubezpieczenia

Zasiłek chorobowy przysługuje nie tylko w czasie trwania ubezpieczenia chorobowego. Prawo do tego zasiłku przysługuje także w pewnych przypadkach po ustaniu tytułu tego ubezpieczenia. Zasiłek chorobowy przysługuje, jeżeli niezdolność do pracy powstała:

- w czasie trwania ubezpieczenia i trwa nieprzerwanie również po ustaniu tytułu ubezpieczenia,
- po ustaniu tytułu ubezpieczenia, jeżeli trwała co najmniej 30 dni i powstała nie później niż w ciągu 14 dni od ustania tytułu ubezpieczenia,
- po ustaniu tytułu ubezpieczenia, jeżeli trwała co najmniej 30 dni i powstała nie później niż w ciągu 3 miesięcy od ustania tytułu ubezpieczenia i była spowodowana chorobą zakaźną lub inną chorobą (oznaczoną w zaświadczeniu lekarskim kodem literowym "E").

Zasiłek chorobowy przysługuje pod warunkiem, że ustał tytuł ubezpieczenia chorobowego, tj. nastąpiło zaprzestanie prowadzenia działalności pozarolniczej lub współpracy przy prowadzeniu tej działalności. Jeżeli tytuł ubezpieczenia trwa nadal, a ustało jedynie ubezpieczenie chorobowe, np. wskutek nieopłacenia w terminie składek, zasiłek chorobowy nie przysługuje za okres po ustaniu tego ubezpieczenia.

W niektórych przypadkach zasiłek chorobowy za okres po ustaniu tytułu ubezpieczenia **nie przysługuje**. Ma to miejsce wówczas, gdy osoba niezdolna do pracy:

- ma ustalone prawo do emerytury lub renty z tytułu niezdolności do pracy,
- kontynuuje po ustaniu ubezpieczenia działalność zarobkową lub podjęła działalność zarobkową, stanowiącą tytuł do objęcia obowiązkowo bądź dobrowolnie ubezpieczeniem

chorobowym albo zapewniającą prawo do świadczeń za okres niezdolności do pracy z powodu choroby,

- jest uprawniona do zasiłku dla bezrobotnych, zasiłku przedemerytalnego lub świadczenia przedemerytalnego,
- nie nabyła prawa do zasiłku w czasie ubezpieczenia, ponieważ podlegała ubezpieczeniu chorobowemu nieprzerwanie przez okres nie dłuższy niż 180 dni,
- podlega obowiązkowo ubezpieczeniu społecznemu rolników.

Zasiłek chorobowy nie przysługuje osobie prowadzącej działalność pozarolniczą albo osobie z nią współpracującej, jeżeli działalność lub współpraca są nadal prowadzone, a nastąpiło jedynie wyłączenie z dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego.

W przypadku posiadania gospodarstwa rolnego o powierzchni przekraczającej 1 ha przeliczeniowy, zasiłek chorobowy nie będzie przysługiwał za okres po ustaniu tytułu ubezpieczenia chorobowego, jeżeli niezdolność do pracy z powodu choroby powstała po ustaniu tytułu ubezpieczenia chorobowego po przerwie; w takim przypadku następuje bowiem objęcie obowiązkowym ubezpieczeniem rolników. W takim przypadku osoba niezdolna do pracy powinna o świadczenia z tytułu choroby wystąpić do Kasy Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego. Jeżeli jednak osoba prowadząca działalność pozarolniczą albo osoba z nią współpracująca stanie się niezdolna do pracy z powodu choroby w czasie trwania ubezpieczenia chorobowego i nabędzie z tego tytułu prawo do zasiłku chorobowego, zaprzestanie prowadzenia działalności lub współpracy w trakcie choroby, nadal będzie otrzymywał ten zasiłek, o ile nie zachodzą inne warunki wykluczające prawo do zasiłku. W takim przypadku bowiem, objęcie ubezpieczeniem społecznym rolników następuje dopiero po okresie pobierania zasiłku chorobowego (lub świadczenia rehabilitacyjnego).

Przykład

Osoba, która jest właścicielem gospodarstwa rolnego o powierzchni 3 ha przeliczeniowych prowadziła działalność pozarolniczą przez okres 2 lat i w tym okresie podlegała ubezpieczeniom społecznym, w tym ubezpieczeniu chorobowemu. Z dniem 31 grudnia ubezpieczony zaprzestał prowadzenia działalności pozarolniczej. W dniu 1 grudnia stał się niezdolny do pracy z powodu choroby i ma z tego tytułu prawo do zasiłku chorobowego. Niezdolność do pracy trwała do 31 stycznia następnego roku. Ubezpieczony ma prawo do zasiłku chorobowego zarówno w czasie trwania ubezpieczenia, jak i po zaprzestaniu prowadzenia działalności, tj. po ustaniu tytułu ubezpieczenia, gdyż w okresie pobierania zasiłku chorobowego nie podlega ubezpieczeniu społecznemu rolników. Gdyby jednak niezdolność do pracy z powodu choroby tego ubezpieczonego rozpoczęła się po zaprzestaniu prowadzenia działalności, np. 3 stycznia, zasiłek chorobowy z tytułu działalności nie przysługiwałby, gdyż od 1 stycznia osoba ta podlega obowiązkowo ubezpieczeniu społecznemu rolników i z tego tytułu ma prawo do zasiłku chorobowego.

Brak prawa do zasiłku

Ubezpieczony nie ma prawa do zasiłku chorobowego za cały okres trwania niezdolności do pracy (nawet orzeczony na kilku kolejnych zaświadczeniach lekarskich), jeśli niezdolność do pracy spowodowana została umyślnym przestępstwem lub wykroczeniem popełnionym przez ubezpieczonego. Okoliczność ta jest ustalana na podstawie prawomocnego orzeczenia sądu.

Jeśli niezdolność do pracy spowodowana została nadużyciem alkoholu (fakt ten jest stwierdzony przez lekarza kodem "C" w zaświadczeniu lekarskim), ubezpieczony traci prawo do zasiłku chorobowego za okres pierwszych 5 dni tej niezdolności. Okoliczność ta może być także ustalona w innym trybie, np. w postępowaniu powypadkowym.

Ubezpieczony traci prawo do zasiłku chorobowego za cały okres objęty zaświadczeniem lekarskim, jeżeli zostanie stwierdzone, że w czasie tego zwolnienia od pracy wykonywał pracę zarobkową albo wykorzystywał zwolnienie lekarskie w sposób niezgodny z jego celem. Okoliczności te ustalane są w trakcie kontroli prawidłowości wykorzystywania zwolnień lekarskich od pracy, przeprowadzanych przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych.

Zasiłek chorobowy nie przysługuje także, jeśli niezdolność do pracy przypada na okres pobytu w areszcie tymczasowym lub odbywania kary pozbawienia wolności.

Ustalanie okresu zasiłkowego

Zasiłek chorobowy przysługuje za każdy dzień orzeczonej niezdolności do pracy z powodu choroby, nie wyłączając dni wolnych od pracy. Przysługuje przez okres trwania niezdolności do pracy, nie dłużej jednak niż przez okres do 182 dni. Jeżeli niezdolność do pracy jest spowodowana gruźlicą (oznaczoną przez lekarza w zaświadczeniu lekarskim kodem "D"), zasiłek chorobowy wypłacany jest do 270 dni.

Do jednego okresu zasiłkowego **zliczane są** okresy nieprzerwanej niezdolności do pracy, nawet spowodowane różnymi chorobami. Do jednego okresu zasiłkowego wliczane są także okresy poprzedniej niezdolności do pracy, spowodowanej tą samą chorobą, jeżeli przerwa między ustaniem poprzedniej a powstaniem ponownej niezdolności do pracy nie przekroczyła 60 dni.

Do okresu zasiłkowego **wlicza się** okresy niezdolności do pracy, za które ubezpieczony nie ma prawa do zasiłku chorobowego, z powodu:

- niezdolność do pracy spowodowana została umyślnym przestępstwem lub wykroczeniem popełnionym przez ubezpieczonego,
- niezdolność do pracy spowodowana została nadużyciem alkoholu,
- w czasie zwolnienia od pracy wykonywał pracę zarobkową albo wykorzystywał zwolnienie lekarskie w sposób niezgodny z jego celem.

Do okresu zasiłkowego nie wlicza się okresów niezdolności do pracy przypadających w okresie wyczekiwania na prawo do zasiłku oraz w okresie tymczasowego aresztowania lub odbywania kary pozbawienia wolności.

Wysokość zasiłku chorobowego

Zasiłek chorobowy wypłacany jest w wysokości 80% kwot stanowiących podstawę jego wymiaru, a za okres pobytu w szpitalu w wysokości 70% podstawy wymiaru. W przypadku gdy niezdolność do pracy:

- powstała wskutek wypadku w drodze do pracy lub z pracy,
- przypada na okres ciąży,
- powstała wskutek poddania się niezbędnym badaniom lekarskim przewidzianym dla kandydatów na dawców komórek, tkanek i narządów lub poddania się zabiegowi pobrania komórek, tkanek i narządów

zasiłek chorobowy przysługuje w wysokości 100% podstawy wymiaru.

Zasiłek chorobowy jest także wypłacany w wysokości 100% podstawy wymiaru, jeśli niezdolność do pracy wynika z późniejszych następstw, które zaistniały w związku ze stwierdzonym wcześniej wypadkiem w drodze do pracy lub z pracy. Związek tej niezdolności do pracy z wypadkiem powinien być stwierdzony przez lekarza zaświadczeniem lekarskim.

Jeżeli zachodzą okoliczności uzasadniające wypłatę zasiłku w wysokości 100%, to zasiłek chorobowy przysługuje w wysokości 100%, także za pobyt ubezpieczonego w szpitalu.

Obniżenie zasiłku chorobowego o 25%

Zaświadczenie lekarskie o czasowej niezdolności do pracy ubezpieczony jest zobowiązany dostarczyć do Zakładu Ubezpieczeń Społecznych w ciągu 7 dni od daty jego otrzymania. Okres ten jest liczony od następnego dnia po dacie otrzymania tego zaświadczenia. Jeżeli ubezpieczony nie dotrzyma siedmiodniowego terminu, zasiłek chorobowy ulega obniżeniu o 25% za okres od ósmego dnia orzeczonej niezdolności do pracy do dnia dostarczenia zaświadczenia lekarskiego. Obniżenia tego nie stosuje się tylko wówczas, gdy dostarczenie zaświadczenia lekarskiego po terminie nastąpiło z przyczyn niezależnych od ubezpieczonego.

Przykład

Osoba współpracująca z osobą prowadzącą działalność na własny rachunek podlegająca ubezpieczeniu chorobowemu była niezdolna do pracy z powodu choroby w okresie od 1 do 30 września. Zaświadczenie lekarskie, które ubezpieczony otrzymał w dniu 1 września złożył w Zakładzie Ubezpieczeń Społecznych w dniu 20 września. Termin 7 dni, w którym ubezpieczony był zobowiązany złożyć to zaświadczenie jest liczony od 2 września i upłynął w dniu 8 września. Ponieważ ubezpieczony nie dotrzymał tego terminu, zasiłek chorobowy zostanie mu obniżony o 25%

za okres od ósmego dnia orzeczonej niezdolności do pracy do dnia dostarczenia zaświadczenia lekarskiego, tj. od 8 do 20 września.

Dokumentacja

Zasiłek chorobowy wypłacany jest na podstawie zaświadczenia lekarskiego o czasowej niezdolności do pracy z powodu choroby, wystawionego na formularzu [ZUS ZLA](#). Dokumentem stanowiącym podstawę wypłaty zasiłku chorobowego w związku z nosicielstwem zarazków choroby zakaźnej lub zakażeniem tą chorobą jest decyzja stwierdzająca ten fakt wydana przez właściwego inspektora sanitarnego.

Do wypłaty zasiłku chorobowego wymagane jest dodatkowo zaświadczenie płatnika składek wystawione na druku [ZUS Z-3a](#).

Jeżeli przyczyną niezdolności do pracy jest wypadek w drodze do pracy lub z pracy, do wypłaty zasiłku chorobowego w wysokości 100% podstawy jego wymiaru niezbędne jest uznanie zdarzenia za taki wypadek przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych. Wypłata zasiłku w wysokości 100%, jeżeli niezdolność do pracy przypada na okres ciąży, następuje na podstawie zaświadczenia lekarskiego, w którym wpisany jest kod "B" albo na podstawie zaświadczenia lekarskiego stwierdzającego stan ciąży. Przyczynę niemożności wykonywania pracy wskutek poddania się niezbędnym badaniom lekarskim przewidzianym dla kandydatów na dawców komórek, tkanek i narządów oraz niezdolności do pracy wskutek poddania się zabiegowi pobrania komórek, tkanek i narządów dokumentuje się zaświadczeniem wystawionym przez lekarza na zwykłym druku. Dokument ten powinien być złożony dodatkowo oprócz zaświadczenia lekarskiego wystawionego na druku ZUS ZLA.

W przypadku niezdolności do pracy z powodu choroby została orzeczona za granicą dokumentem do wypłaty zasiłku chorobowego jest przetłumaczone na język polski zaświadczenie zagranicznego zakładu leczniczego lub zagranicznego lekarza:

- wystawione na blankiecie z nadrukiem określającym nazwę zagranicznego zakładu leczniczego lub imię i nazwisko zagranicznego lekarza, opatrzone datą wystawienia i podpisem,
- określające początkową i końcową datę tej niezdolności.

W odniesieniu do zaświadczeń lekarskich wystawionych w języku urzędowym kraju należącego do UE, EOG oraz Szwajcarii nie wymaga się od ubezpieczonego przetłumaczenia na język polski. W razie potrzeby, tłumaczenia zaświadczenia dokonuje Zakład Ubezpieczeń Społecznych.

Do wypłaty zasiłku chorobowego za okres po ustaniu tytułu ubezpieczenia należy dodatkowo złożyć oświadczenie ([druk ZUS Z-10](#)) osoby występującej o zasiłek o niekontynuowaniu lub niepodjęciu innej działalności zarobkowej, o braku uprawnień do: emerytury lub renty, zasiłku dla bezrobotnych, zasiłku lub świadczenia przedemerytalnego oraz o niepodleganiu ubezpieczeniu społecznemu rolników,

Kontrola orzekania o niezdolności do pracy

Prawidłowość orzekania o czasowej niezdolności do pracy z powodu choroby oraz wystawiania zaświadczeń lekarskich podlega kontroli. Kontrolę wykonują lekarze orzecznicy Zakładu Ubezpieczeń Społecznych. Kontrola może polegać na:

- zbadaniu ubezpieczonego w wyznaczonym miejscu lub w miejscu jego pobytu,
- skierowaniu ubezpieczonego na badanie specjalistyczne przez lekarza konsultanta,
- zażądaniu od lekarza leczącego udostępnienia dokumentacji medycznej ubezpieczonego stanowiącej podstawę wydania zaświadczenia lekarskiego lub udzielenia stosownych wyjaśnień i informacji dotyczących stanu zdrowia ubezpieczonego,
- zleceniu wykonania badań pomocniczych w wyznaczonym terminie.

Ubezpieczony obowiązany jest udostępnić lekarzowi przeprowadzającemu badanie posiadaną dokumentację medyczną.

Zakład Ubezpieczeń Społecznych wysyła do ubezpieczonego, za zwrotnym potwierdzeniem odbioru, wezwanie, w którym określa termin badania lub termin dostarczenia posiadanych wyników badań.

Jeżeli ubezpieczony uniemożliwi przeprowadzenie badania lub nie dostarczy posiadanych wyników badań w wyznaczonym terminie, wydane mu zaświadczenie lekarskie traci ważność od dnia następującego po tym terminie.

Lekarz orzecznik w wyniku badania ubezpieczonego może także określić wcześniejszą datę ustania niezdolności do pracy niż orzeczona w zaświadczeniu lekarskim. W takim przypadku lekarz orzecznik Zakładu Ubezpieczeń Społecznych wystawia ubezpieczonemu zaświadczenie lekarskie na druku ZUS ZLA/K, a zaświadczenie lekarskie traci ważność za okres od tej daty.

W tych przypadkach Zakład Ubezpieczeń Społecznych wydaje decyzję o braku prawa do zasiłku chorobowego.

Poniesione przez ubezpieczonego koszty przejazdu na badanie Zakład Ubezpieczeń Społecznych zwraca do wysokości kosztów przejazdu najtańszym środkiem komunikacji publicznej.

2. Świadczenie rehabilitacyjne

Prawo do świadczenia rehabilitacyjnego

Świadczenie rehabilitacyjne przysługuje ubezpieczonemu, który po wyczerpaniu zasiłku chorobowego nadal jest niezdolny do pracy z powodu choroby, a dalsze leczenie lub rehabilitacja lecznicza rokują odzyskanie przez niego zdolności do pracy. O potrzebie przyznania świadczenia orzeka lekarz orzecznik Zakładu Ubezpieczeń Społecznych. Od orzeczenia lekarza orzecznika ubezpieczonemu przysługuje prawo wniesienia sprzeciwu do komisji lekarskiej Zakładu Ubezpieczeń Społecznych w ciągu 14 dni od daty otrzymania tego orzeczenia.

Prawo do tego świadczenia przyznawane jest na okres niezbędny do przywrócenia zdolności do pracy, nie dłuższy jednak niż 12 miesięcy, tj. 360 dni. Wypłaca się je za każdy dzień niezdolności do pracy, w tym również za dni ustawowo wolne od pracy.

Świadczenie rehabilitacyjne **nie przysługuje** osobie, która ma ustalone prawo do emerytury lub renty z tytułu niezdolności do pracy. Świadczenie rehabilitacyjne nie przysługuje także, jeżeli ubezpieczony jest uprawniony do zasiłku dla bezrobotnych, zasiłku przedemerytalnego lub świadczenia przedemerytalnego, natomiast za okres po ustaniu tytułu ubezpieczenia dodatkowo - jeżeli ubezpieczony kontynuuje lub podjął działalność zarobkową albo podlega obowiązkowo ubezpieczeniu społecznemu rolników.

Świadczenie nie przysługuje w okresach, w których ubezpieczony przebywa w areszcie tymczasowym albo odbywa karę pozbawienia wolności oraz w przypadkach, w których niezdolność do pracy spowodowana została przez ubezpieczonego w wyniku umyślnego przestępstwa lub wykroczenia.

Ubezpieczony traci prawo do świadczenia rehabilitacyjnego, jeżeli wykonuje w okresie pobierania tego świadczenia pracę zarobkową lub wykorzystuje czas, na który przyznane zostało świadczenie rehabilitacyjne, w sposób niezgodny z jego celem.

Wysokość świadczenia rehabilitacyjnego

Świadczenie rehabilitacyjne wypłacane jest w wysokości 90% przychodu stanowiącego podstawę wymiaru zasiłku chorobowego za okres pierwszych trzech miesięcy (90 dni) pobierania świadczenia oraz 75% podstawy wymiaru za pozostały okres. Jeżeli niezdolność do pracy przypada w okresie ciąży, świadczenie rehabilitacyjne przysługuje w wysokości 100% podstawy wymiaru.

Nie przewiduje się preferencyjnej wysokości świadczenia rehabilitacyjnego, jeżeli niezdolność do pracy jest spowodowana wypadkiem w drodze do pracy lub z pracy. Świadczenie rehabilitacyjne przysługuje na ogólnych zasadach, czyli 90% za okres pierwszych 3 miesięcy oraz 75% za dalszy okres.

Dokumentacja

Świadczenie rehabilitacyjne przyznawane jest na wniosek ubezpieczonego. Ubezpieczony powinien złożyć w tej sprawie wniosek na druku [ZUS Np-7](#), na co najmniej 6 tygodni przed zakończeniem okresu wypłaty zasiłku chorobowego. Do wypłaty świadczenia rehabilitacyjnego wymagane jest dodatkowo zaświadczenie płatnika składek wystawione na druku [ZUS Z-3a](#).

Wniosek w sprawie przyznania świadczenia rehabilitacyjnego powinien być złożony w oddziale Zakładu Ubezpieczeń Społecznych właściwym ze względu na siedzibę płatnika, a po ustaniu ubezpieczenia ze względu na miejsce zamieszkania ubezpieczonego. Do wniosku o świadczenie rehabilitacyjne należy dołączyć zaświadczenie o stanie zdrowia na druku [ZUS N-9](#) wystawione przez lekarza leczącego. Na podstawie orzeczenia lekarza orzecznika lub komisji lekarskiej Zakładu Ubezpieczeń Społecznych, oddział Zakładu Ubezpieczeń Społecznych wydaje ubezpieczonemu decyzję o przyznaniu prawa do świadczenia rehabilitacyjnego bądź o odmowie jego przyznania.

Jeżeli świadczenie rehabilitacyjne przypada na okres ciąży, do jego wypłaty w wysokości 100% niezbędne jest zaświadczenie lekarskie stwierdzające stan ciąży, jeżeli zaświadczenie takie nie było składane do ustalenia zasiłku chorobowego w wysokości 100% podstawy wymiaru.

3. Zasiłek macierzyński

Prawo do zasiłku macierzyńskiego

Zasiłek macierzyński przysługuje ubezpieczonej, która w okresie ubezpieczenia chorobowego:

- urodziła dziecko,
- przyjęła na wychowanie dziecko w wieku do 7 roku życia, a w przypadku dziecka wobec którego podjęto decyzję o odroczeniu obowiązku szkolnego, w wieku do 10 roku życia i wystąpiła do sądu opiekuńczego z wnioskiem o wszczęcie postępowania w sprawie jego przysposobienia,
- przyjęła na wychowanie dziecko w wieku do 7 roku życia, a w przypadku dziecka wobec którego podjęto decyzję o odroczeniu obowiązku szkolnego, w wieku do 10 roku życia w ramach rodziny zastępczej, z wyjątkiem rodziny zastępczej zawodowej niespokrewnionej z dzieckiem.

Prawo do zasiłku macierzyńskiego przysługuje także ubezpieczonemu, który przyjmuje dziecko w wieku do 7 roku życia, a w przypadku dziecka wobec którego podjęto decyzję o odroczeniu obowiązku szkolnego, w wieku do 10 roku życia na wychowanie. W przypadku rezygnacji przez ubezpieczoną - matkę dziecka z pobierania zasiłku macierzyńskiego po okresie co najmniej 14 tygodni, ubezpieczony - ojciec dziecka, który w celu opieki nad dzieckiem przerwie działalność zarobkową, ma prawo do zasiłku macierzyńskiego. W razie śmierci ubezpieczonej lub porzucenia przez nią dziecka zasiłek macierzyński przysługuje ubezpieczonemu - ojcu dziecka lub innemu ubezpieczonemu członkowi najbliższej rodziny, jeżeli przerwą działalność zarobkową w celu sprawowania osobistej opieki nad dzieckiem.

Zasiłek macierzyński **nie przysługuje** za okres pobytu w areszcie tymczasowym bądź odbywania kary pozbawienia wolności.

Okresy wypłaty zasiłku macierzyńskiego

Zasiłek macierzyński przysługuje przez okres ustalony przepisami Kodeksu pracy jako okres urlopu macierzyńskiego lub urlopu na warunkach urlopu macierzyńskiego.

Zasiłek macierzyński z tytułu urodzenia dziecka przysługuje przez:

- 18 tygodni (126 dni) przy pierwszym porodzie,
- 20 tygodni (140 dni) przy każdym następnym porodzie,
- 28 tygodni (196 dni) w razie urodzenia więcej niż jednego dziecka podczas jednego porodu.

Ubezpieczonej, która wychowuje dziecko przysposobione lub która przyjęła dziecko na wychowanie jako rodzina zastępcza, z wyjątkiem rodziny zastępczej pełniącej zadania pogotowia rodzinnego, zasiłek macierzyński przysługuje przez okres 20 tygodni również przy pierwszym porodzie.

Ubezpieczona, po wykorzystaniu co najmniej 14 tygodni (98 dni) zasiłku macierzyńskiego, może zrezygnować z pozostałej jego części. W takim przypadku nie wykorzystanej części zasiłku macierzyńskiego udziela się ubezpieczonemu - ojcu dziecka, na jego pisemny wniosek w okresie przypadającym bezpośrednio po terminie rezygnacji z części zasiłku macierzyńskiego przez ubezpieczoną.

W razie urodzenia dziecka martwego lub zgonu dziecka przed upływem 8 tygodni życia, ubezpieczonej przysługuje zasiłek macierzyński w wymiarze 8 tygodni (56 dni) po porodzie, nie krócej jednak niż przez 7 dni od dnia zgonu dziecka. Jeżeli był to poród mnogi, zasiłek macierzyński przysługuje w wymiarze stosownym do liczby dzieci pozostałych przy życiu. W razie zgonu dziecka po upływie 8 tygodni życia, ubezpieczona zachowuje prawo do zasiłku macierzyńskiego nie dłużej niż przez okres 7 dni od śmierci dziecka.

Ubezpieczona, która przyjmuje dziecko w wieku do 7 roku życia, a w przypadku dziecka wobec którego podjęto decyzję o odroczeniu obowiązku szkolnego, w wieku do 10 roku życia na wychowanie w celu jego przysposobienia i wystąpi z wnioskiem do sądu o wszczęcie postępowania w sprawie przysposobienia dziecka albo przyjmie takie dziecko na wychowanie w ramach rodziny zastępczej (z wyjątkiem rodziny zastępczej zawodowej niespokrewnionej z dzieckiem.), ma prawo do 18 tygodni (126 dni) zasiłku macierzyńskiego, nie dłużej niż do ukończenia przez dziecko 7 roku życia, a w przypadku dziecka wobec którego podjęto decyzję o odroczeniu obowiązku szkolnego, nie dłużej niż do ukończenia przez nie 10 roku życia. Minimalny okres wypłaty zasiłku macierzyńskiego w takim przypadku wynosi 8 tygodni (56 dni). Dotyczy to także ubezpieczonego, który przyjmuje dziecko na wychowanie.

Przykład 1

Osoba ubezpieczona z tytułu prowadzenia działalności pozarolniczej przyjęła na wychowanie dziecko w wieku 2 miesięcy i wystąpiła do sądu z wnioskiem o przysposobienie tego dziecka. Zasiłek macierzyński przysługuje jej przez okres 18 tygodni.

Przykład 2

Ubezpieczona przyjęła na wychowanie dziecko w wieku 6 lat i 9 miesięcy i wystąpiła do sądu z wnioskiem o przysposobienie tego dziecka. Zasiłek macierzyński przysługuje jej przez okres 12 tygodni, tj. nie dłużej niż do ukończenia przez dziecko 7 roku życia.

Przykład 3

Osoba współpracująca podlegająca ubezpieczeniu chorobowemu przyjęła na wychowanie dziecko w wieku 6 lat i 11 miesięcy w ramach rodziny zastępczej spokrewnionej z dzieckiem. Zasiłek macierzyński przysługuje ubezpieczonej przez okres 8 tygodni, mimo że w tym okresie dziecko kończy 7 rok życia.

Wysokość zasiłku macierzyńskiego oraz dokumentacja

Zasiłek macierzyński wynosi 100% przychodu stanowiącego podstawę jego wymiaru.

Dokumentami wymaganymi do przyznania i wypłaty zasiłku macierzyńskiego są:

- zaświadczenie o przewidywanej dacie porodu - za okres przed porodem, jeśli ubezpieczona korzysta z zasiłku macierzyńskiego przed porodem oraz skrócony odpis aktu urodzenia dziecka - za okres od dnia porodu albo,
- skrócony odpis aktu urodzenia dziecka - jeżeli o wypłatę zasiłku ubezpieczona ubiega się od dnia porodu oraz
- oświadczenie o urodzeniu pierwszego lub kolejnego dziecka.

Do wypłaty zasiłku macierzyńskiego wymagane jest dodatkowo zaświadczenie płatnika składek wystawione na druku [ZUS Z-3a](#).

Ubezpieczona, która zamierza zrezygnować z części okresu wypłaty zasiłku macierzyńskiego do pisemnego wniosku w tej sprawie dołącza zaświadczenie płatnika składek ubezpieczonego - ojca wychowującego dziecko, potwierdzające termin, od którego ojciec dziecka będzie przebywał na urlopie macierzyńskim albo przerwie działalność zarobkową, aby zaopiekować się dzieckiem, przypadający bezpośrednio po terminie rezygnacji z zasiłku macierzyńskiego przez ubezpieczoną.

Ubezpieczony, który występuje o wypłatę zasiłku macierzyńskiego w razie rezygnacji ubezpieczonej matki dziecka z dalszego pobierania zasiłku macierzyńskiego, śmierci ubezpieczonej lub porzucenia przez nią dziecka, składa dodatkowo zaświadczenie płatnika zasiłku macierzyńskiego matki dziecka o okresie przysługującego i wypłaconego zasiłku macierzyńskiego ubezpieczonej matce dziecka. W razie porzucenia dziecka należy złożyć także oświadczenie o porzuceniu dziecka.

Dowodem do wypłaty zasiłku macierzyńskiego z tytułu przyjęcia dziecka na wychowanie jest zaświadczenie sądu opiekuńczego o wystąpieniu z wnioskiem o wszczęcie postępowania w sprawie przysposobienia dziecka lub przyjęcia dziecka na wychowanie w ramach rodziny zastępczej, zawierające także datę urodzenia dziecka.

4. Zasiłek opiekuńczy

Prawo do zasiłku opiekuńczego

Osobom prowadzącym działalność pozarolniczą oraz osobom z nimi współpracującym podlegającym ubezpieczeniu chorobowemu prawo do zasiłku opiekuńczego zostało przyznane od 16 marca 2007 r., na mocy wyroku Trybunału Konstytucyjnego z dnia 6 marca 2007 r., sygn. akt P 45/06 (Dz.U. Nr 47, poz. 318). Zasiłek opiekuńczy przysługiwał im jednak tylko w ograniczonym zakresie, a więc wyłącznie z tytułu sprawowania opieki nad chorym dzieckiem oraz chorym członkiem rodziny. Nie przysługiwał im natomiast zasiłek opiekuńczy z tytułu sprawowania opieki nad zdrowym dzieckiem w wieku do lat 8.

Od dnia 14 czerwca 2008 r., tj. od daty wejścia w życie ustawy z dnia 11 kwietnia 2008 r. o zmianie ustawy o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa (Dz. U. Nr 93, poz. 582), osobom prowadzącym działalność pozarolniczą oraz osobom z nimi współpracującym podlegającym ubezpieczeniu chorobowemu dobrowolnie zasiłek opiekuńczy przysługuje na takich samych zasadach jak ubezpieczonym podlegającym ubezpieczeniu chorobowemu obowiązkowo (np. pracownikom).

Zasiłek opiekuńczy przysługuje ubezpieczonemu z tytułu sprawowania opieki nad:

- zdrowym dzieckiem w wieku do lat 8,
- chorym dzieckiem w wieku do lat 14,
- innym chorym członkiem rodziny.

Zasiłek opiekuńczy przysługuje bez okresu wyczekiwania.

Prawo do zasiłku opiekuńczego z tytułu sprawowania opieki nad zdrowym dzieckiem w wieku do lat 8 przysługuje w następujących przypadkach:

- w razie nieprzewidzianego zamknięcia żłobka, przedszkola lub szkoły, do których uczęszcza dziecko,
- w przypadku porodu lub choroby małżonka stale opiekującego się dzieckiem, jeżeli poród lub choroba uniemożliwia temu małżonkowi sprawowanie opieki,
- w razie pobytu małżonka stale opiekującego się dzieckiem w stacjonarnym zakładzie opieki zdrowotnej.

Nieprzewidzianym zamknięciem żłobka, przedszkola lub szkoły, do których dziecko uczęszcza uważa się takie zamknięcie placówki, o której ubezpieczony został zawiadomiony w terminie krótszym niż 7 dni przed ich zamknięciem. Przy ustalaniu prawa do zasiłku opiekuńczego z tytułu sprawowania opieki nad zdrowym dzieckiem analogicznie jak małżonkowie traktowani są rodzice dziecka nie pozostający w formalnym związku małżeńskim lecz pozostający we wspólnym gospodarstwie domowym. W przypadku choroby, porodu lub pobytu w stacjonarnym zakładzie opieki zdrowotnej jednego z nich, drugiemu przysługuje zasiłek opiekuńczy.

Zasiłek opiekuńczy z tytułu konieczności sprawowania opieki nad zdrowym dzieckiem w wieku do lat 8 przysługuje także w przypadku konieczności izolacji dziecka z powodu podejrzenia o nosicielstwo zarasków choroby zakaźnej, zarządzonej na podstawie przepisów o chorobach zakaźnych i zakażeniach.

Do zasiłku opiekuńczego z tytułu opieki nad dziećmi ma prawo zarówno matka jak i ojciec dziecka. Zasiłek opiekuńczy wypłaca się jednak tylko jednemu z rodziców, temu który wystąpi z wnioskiem o jego wypłatę za dany okres.

Zasiłek opiekuńczy przysługuje nie tylko z tytułu sprawowania opieki nad dzieckiem własnym, ale również z tytułu sprawowania opieki nad dzieckiem małżonka, dzieckiem przysposobionym, a także dzieckiem obcym, przyjętym na wychowanie i utrzymanie. Do "innych członków rodziny", nad którymi opieka - w razie ich choroby - daje prawo do zasiłku opiekuńczego, zalicza się: dzieci w wieku powyżej 14 lat, małżonka, rodziców, teściów, dziadków, wnuki oraz rodzeństwo, pod warunkiem jednak, że pozostają oni z osobą sprawującą opiekę we wspólnym gospodarstwie domowym. Zasiłek opiekuńczy z tytułu sprawowania opieki nad chorym członkiem rodziny będzie przysługiwał nawet wówczas, gdy chory członek rodziny pozostaje we wspólnym gospodarstwie domowym z osobą sprawującą opiekę tylko przez okres choroby.

Prawo do zasiłku opiekuńczego przysługuje tylko wtedy, jeżeli nie ma innego członka rodziny pozostającego we wspólnym gospodarstwie domowym, mogącego zapewnić opiekę. Za członka rodziny mogącego zapewnić opiekę nie uważa się jednak:

- osoby całkowicie niezdolnej do pracy,
- osoby chorej,
- osoby, która jest niesprawna fizycznie lub psychicznie ze względu na swój wiek,
- osoby prowadzącej gospodarstwo rolne,
- pracownika odpoczywającego po pracy na nocnej zmianie,
- osoby prowadzącej działalność pozarolniczą, która nie może regulować czasu pracy w sposób dowolny (ma ustalone godziny pracy),
- osoby nie zobowiązanej do sprawowania opieki na podstawie przepisów Kodeksu rodzinnego i opiekuńczego, jeżeli odmawia ona sprawowania opieki (np. babcia).

Odmienne uregulowana jest jednak sytuacja rodziców sprawujących opiekę nad chorym dzieckiem w wieku do lat dwóch. Prawo do zasiłku opiekuńczego przysługuje w takim przypadku nawet jeśli są inni członkowie rodziny, którzy mogliby zapewnić dziecku opiekę.

Zasiłek opiekuńczy nie przysługuje, jeśli konieczność sprawowania opieki przypada na okres przebywania w areszcie tymczasowym lub odbywania kary pozbawienia wolności.

Ubezpieczony jest pozbawiony prawa do zasiłku opiekuńczego, gdy zostanie stwierdzone, że w czasie zwolnienia od pracy z powodu konieczności sprawowania opieki wykorzystuje to zwolnienie do innych celów niż sprawowanie opieki lub wykonuje pracę zarobkową. Okoliczności te są ustalane podczas kontroli prawidłowości wykorzystywania zwolnień od pracy przeprowadzanych przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych. W trakcie kontroli ustala się także, czy nie ma innych członków rodziny mogących zaopiekować się dzieckiem lub chorym członkiem rodziny (nie dotyczy to sprawowania opieki nad chorym dzieckiem do lat 2). Zasady przeprowadzania kontroli określone są przepisami rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Socjalnej z dnia 27 lipca 1999 r. w sprawie szczegółowych zasad i trybu kontroli prawidłowości wykorzystywania zwolnień lekarskich od pracy oraz formalnej kontroli zaświadczeń lekarskich (Dz.U. Nr 65, poz. 743). Osobie przeprowadzającej kontrolę jest wystawiane imienne upoważnienie. Jeżeli w trakcie kontroli zostanie stwierdzone, że ubezpieczony wykonuje pracę zarobkową albo wykorzystuje zwolnienie w sposób niezgodny z jego celem, osoba kontrolująca sporządza w tej sprawie protokół. Protokół powinien być przedłożony osobie kontrolowanej, celem wniesienia przez nią uwag. W razie sporu z ubezpieczonym jest wydawana decyzja, od której ubezpieczonemu przysługuje odwołanie do Sądu Rejonowego – Sądu Pracy i Ubezpieczeń Społecznych.

Okres wypłaty zasiłku opiekuńczego

Zasiłek opiekuńczy wypłacany jest przez okres zwolnienia od pracy z powodu konieczności

osobistego sprawowania opieki nad zdrowym dzieckiem w wieku do lat 8, chorym dzieckiem lub innym chorym członkiem rodziny, jednakże przez okres nie dłuższy niż:

- 60 dni w ciągu roku kalendarzowego - jeżeli opieka sprawowana jest nad dzieckiem zdrowym do lat 8 lub dzieckiem chorym w wieku do 14 lat,
- 14 dni w ciągu roku kalendarzowego - jeśli opieka dotyczy chorego dziecka w wieku powyżej 14 lat lub innego chorego członka rodziny.

Jest to wymiar przysługujący łącznie matce i ojcu dziecka, bez względu na liczbę dzieci oraz niezależnie od liczby innych członków rodziny uprawnionych do zasiłku opiekuńczego oraz od liczby innych członków rodziny wymagających opieki. Łącznie okres pobierania zasiłku opiekuńczego z tytułu opieki nad chorym dzieckiem oraz chorym innym członkiem rodziny nie może przekroczyć 60 dni w roku kalendarzowym, w tym z tytułu opieki nad dziećmi w wieku powyżej 14 lat i innymi członkami rodziny – 14 dni.

Przykład 1:

Rodzice dzieci w wieku 10 i 15 lat oboje podlegają ubezpieczeniu chorobowemu jako osoby prowadzące działalność pozarolniczą. Matka w tym roku kalendarzowym korzystała z zasiłku opiekuńczego z tytułu opieki na chorym młodszym dzieckiem przez okres 25 dni. Ojciec wykorzystał 10 dni z tytułu sprawowania opieki nad starszym dzieckiem. Starsze dziecko zachorowało, choroba trwała przez okres 8 dni. Matka wystąpiła o przyznanie jej z tego tytułu zasiłku opiekuńczego. Zasiłek ten przyznany jej został tylko przez okres 4 dni, tj. do wykorzystania 14 dni, gdyż z tytułu opieki nad dzieckiem w wieku powyżej 14 lat zasiłek opiekuńczy przysługuje obojgu rodzicom łącznie przez okres nie dłuższy niż 14 dni w roku kalendarzowym.

Przykład 2:

Matka osoby podlegającej ubezpieczeniu chorobowemu jako osoba współpracująca z osobą prowadzącą działalność pozarolniczą, zamieszkująca wraz z nią i jej mężem, chorowała przez 20 dni. W związku z tym, ubezpieczona sprawowała nad nią opiekę przez pierwsze 10 dni, natomiast jej mąż, który podlega ubezpieczeniu chorobowemu z tytułu prowadzenia działalności pozarolniczej przez pozostałe 10 dni. Ubezpieczona ma prawo do zasiłku opiekuńczego za 10 dni, natomiast jej małżonek tylko za okres 4 dni, do wykorzystania 14 dni w ciągu roku kalendarzowego.

Wysokość zasiłku opiekuńczego oraz dokumentacja

Zasiłek opiekuńczy przysługuje w wysokości 80% podstawy jego wymiaru. Wypłaca się go za każdy dzień niezdolności do pracy z powodu konieczności sprawowania opieki, w tym również za dni ustawowo wolne od pracy.

Przyznanie i wypłata zasiłku opiekuńczego następuje po złożeniu przez ubezpieczonego wniosku o ten zasiłek na formularzu ZUS Z-15. Formularz ten powinien być złożony przy każdorazowym ubieganiu się o zasiłek opiekuńczy. Wyjątkiem są jedynie przypadki nieprzerwanych okresów sprawowania opieki nad tym samym dzieckiem lub członkiem rodziny.

Dokumentami wymaganymi do wypłaty zasiłku opiekuńczego z powodu konieczności sprawowania opieki nad dzieckiem w wieku do lat 8 w przypadku:

- nieprzewidzianego zamknięcia żłobka, przedszkola lub szkoły, do których uczęszcza dziecko - jest oświadczenie ubezpieczonego w tej sprawie,
- izolacji dziecka z powodu podejrzenia o nosicielstwo zarasków choroby zakaźnej - decyzja właściwego inspektora sanitarnego zarządzającego izolację,
- porodu lub choroby małżonka stale opiekującego się dzieckiem, jeżeli poród lub choroba uniemożliwia małżonkowi sprawowanie opieki albo pobytu małżonka stale opiekującego się dzieckiem, w stacjonarnym zakładzie opieki zdrowotnej - zaświadczenie lekarskie, wystawione na zwykłym blankiecie przez lekarza upoważnionego do wystawiania zaświadczeń lekarskich, stwierdzające okres niemożności sprawowania opieki.

Dokumentem stanowiącym podstawę wypłaty zasiłku opiekuńczego z tytułu sprawowania opieki nad chorym dzieckiem lub innym chorym członkiem rodziny jest zaświadczenie lekarskie wystawione na formularzu ZUS ZLA przez lekarza upoważnionego do wystawiania zaświadczeń lekarskich. Ubezpieczony jest zobowiązany złożyć to zaświadczenie w terenowej jednostce organizacyjnej Zakładu Ubezpieczeń Społecznych w ciągu 7 dni od daty jego otrzymania. W razie nie dotrzymania tego terminu, zasiłek opiekuńczy jest obniżany o 25% za okres od ósmego dnia orzeczonej

niezdolności do pracy do dnia dostarczenia zaświadczenia lekarskiego. Sankcji tej nie stosuje się, jeżeli niedostarczenie zaświadczenia lekarskiego nastąpiło z przyczyn niezależnych od ubezpieczonego.

W przypadku niezdolności do pracy z powodu konieczności sprawowania opieki orzeczonej za granicą, dokumentem do wypłaty zasiłku opiekuńczego jest przetłumaczone na język polski zaświadczenie zagranicznego zakładu leczniczego lub zagranicznego lekarza:

- wystawione na blankiecie z nadrukiem określającym nazwę zagranicznego zakładu leczniczego lub imię i nazwisko zagranicznego lekarza, opatrzone datą wystawienia i podpisem,
- określające początkową i końcową datę tej niezdolności.

W odniesieniu do zaświadczeń lekarskich wystawionych w języku urzędowym kraju UE, EOG oraz Szwajcarii nie wymaga się od ubezpieczonego przetłumaczenia na język polski. W razie potrzeby, tłumaczenia zaświadczenia dokonuje Zakład Ubezpieczeń Społecznych.

W przypadku ubiegania się o zasiłek opiekuńczy z tytułu sprawowania opieki nad chorym członkiem rodziny, pozostawanie we wspólnym gospodarstwie domowym jest potwierdzane oświadczeniem ubezpieczonego.

Do wypłaty zasiłku przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych, płatnik składek powinien złożyć również zaświadczenie płatnika składek na druku ZUS Z-3a.

5. Podstawa wymiaru zasiłków

Podstawa wymiaru zasiłku chorobowego

Podstawę wymiaru zasiłku chorobowego przysługującego ubezpieczonemu stanowi przeciętny miesięczny przychód za 12 miesięcy kalendarzowych nieprzerwanego ubezpieczenia poprzedzających miesiąc, w którym powstała niezdolność do pracy. Jeżeli ubezpieczenie trwało krócej niż 12 miesięcy kalendarzowych, podstawę wymiaru zasiłku chorobowego stanowi przeciętny miesięczny przychód z faktycznego okresu ubezpieczenia, za pełne kalendarzowe miesiące ubezpieczenia.

Przykład

Ubezpieczony, który prowadzi działalność pozarolniczą od 6 maja i podlega z tego tytułu ubezpieczeniu chorobowemu, stał się niezdolny do pracy z powodu choroby w dniu 23 listopada. Do ustalenia podstawy wymiaru przysługującego ubezpieczonemu zasiłku chorobowego przyjęty zostanie przychód za pełne kalendarzowe miesiące ubezpieczenia, tj. za okres od czerwca do października. Przeciętny miesięczny przychód stanowiący podstawę wymiaru zasiłku chorobowego oblicza się dzieląc przychód za ten okres przez 5.

Przy ustalaniu podstawy wymiaru zasiłku chorobowego uwzględnia się kwoty stanowiące podstawę wymiaru składek na ubezpieczenie chorobowe, po odliczeniu kwoty odpowiadającej:

- 1) 18,71% podstawy wymiaru składek na ubezpieczenie chorobowe – w przypadku przychodu za okres do 30 czerwca 2007 r.,
- 2) 15,71% podstawy wymiaru składek na ubezpieczenie chorobowe – w przypadku przychodu za okres od dnia 1 lipca 2007 r. do dnia 31 grudnia 2007 r.,
- 3) po odliczeniu kwoty odpowiadającej 13,71% podstawy wymiaru składek na ubezpieczenie chorobowe – w przypadku przychodu za okres po dniu 31 grudnia 2007 r.

Uwzględnieniu podlega przychód uzyskany za okres nieprzerwanego ubezpieczenia chorobowego, z tytułu którego przysługuje zasiłek. Za okres nieprzerwanego ubezpieczenia chorobowego uważa się także kolejne okresy podlegania ubezpieczeniu chorobowemu z tego samego tytułu trwające bez przerwy albo gdy przerwa przypada na dzień ustawowo wolny od pracy (np. kolejne okresy prowadzenia działalności pozarolniczej).

Jeżeli niezdolność do pracy powstała w pierwszym miesiącu kalendarzowym ubezpieczenia chorobowego w okresie do 30 czerwca 2007 r., podstawę wymiaru zasiłku stanowi najniższa podstawa wymiaru składek na ubezpieczenie chorobowe za miesiąc, w którym powstało prawo do

zasiłku, po odliczeniu kwoty odpowiadającej 18,71% podstawy wymiaru składki na to ubezpieczenie.

Jeżeli niezdolność do pracy powstanie w pierwszym miesiącu kalendarzowym ubezpieczenia chorobowego w okresie od 1 lipca 2007 r. do 31 grudnia 2007 r., podstawę wymiaru zasiłku stanowi najniższa podstawa wymiaru składek na ubezpieczenie chorobowe za miesiąc, w którym powstało prawo do zasiłku, po odliczeniu kwoty odpowiadającej 15,71% podstawy wymiaru składki na to ubezpieczenie.

Jeżeli niezdolność do pracy powstanie w pierwszym miesiącu kalendarzowym ubezpieczenia chorobowego po 31 grudnia 2007 r., podstawę wymiaru zasiłku stanowi najniższa podstawa wymiaru składek na ubezpieczenie chorobowe za miesiąc, w którym powstało prawo do zasiłku, po odliczeniu kwoty odpowiadającej 13,71% podstawy wymiaru składki na to ubezpieczenie.

Jeżeli ubezpieczenie powstało w trakcie miesiąca, a niezdolność do pracy powstała w miesiącu następnym, podstawę wymiaru zasiłku chorobowego stanowi przychód z pierwszego niepełnego miesiąca kalendarzowego ubezpieczenia.

Jeżeli w okresie, z którego ustalana jest podstawa wymiaru zasiłku, przychód ubezpieczonego uległ zmniejszeniu wskutek niewykonywania działalności lub współpracy w okresie pobierania zasiłku chorobowego, macierzyńskiego, opiekuńczego, świadczenia rehabilitacyjnego albo odbywania ćwiczeń wojskowych, przy ustalaniu podstawy wymiaru zasiłku chorobowego:

- wyłącza się przychód za miesiące, w których ubezpieczony wykonywał działalność lub współpracował przy prowadzeniu działalności przez mniej niż połowę miesiąca,
- przyjmuje się przychód za miesiące, w których ubezpieczony wykonywał działalność lub współpracował przy prowadzeniu działalności przez co najmniej połowę miesiąca.

Jeżeli w okresie, z którego ustalana jest podstawa wymiaru zasiłku, przychód ubezpieczonego w każdym miesiącu uległ zmniejszeniu z przyczyn wymienionych wyżej, przy ustalaniu podstawy wymiaru zasiłku chorobowego przyjmuje się przychód za wszystkie miesiące.

W podstawie wymiaru zasiłku chorobowego uwzględnia się przychód w faktycznej wysokości, bez jego uzupełniania za okres pobierania zasiłku lub odbywania ćwiczeń wojskowych.

Podstawa wymiaru zasiłku chorobowego przysługującego za okres po ustaniu tytułu ubezpieczenia chorobowego nie może być wyższa niż 100% przeciętnego wynagrodzenia. Kwota ta ustalana jest miesięcznie na okres trzech miesięcy, poczynając od trzeciego miesiąca kalendarzowego każdego kwartału.

Podstawa wymiaru świadczenia rehabilitacyjnego, zasiłku macierzyńskiego i zasiłku opiekuńczego

Zasady ustalania podstawy wymiaru zasiłku chorobowego stosuje się także przy ustalaniu podstawy wymiaru świadczenia rehabilitacyjnego, zasiłku macierzyńskiego i zasiłku opiekuńczego. Podstawę wymiaru świadczenia rehabilitacyjnego stanowi podstawa wymiaru zasiłku chorobowego. Podstawa wymiaru zasiłku chorobowego jest waloryzowana dla potrzeb świadczenia rehabilitacyjnego od pierwszego dnia, od którego świadczenie rehabilitacyjne zostało przyznane. Waloryzacja polega na podwyższeniu podstawy wymiaru zasiłku chorobowego wskaźnikiem waloryzacji odpowiednim dla kwartału, w którym przypada pierwszy dzień świadczenia rehabilitacyjnego. Wysokość wskaźnika waloryzacji podstawy wymiaru ogłaszana jest przez Prezesa Zakładu Ubezpieczeń Społecznych w Monitorze Polskim, w terminie do ostatniego dnia każdego kwartału na kwartał następny.

Podstawa wymiaru świadczenia rehabilitacyjnego przysługującego za okres po ustaniu tytułu ubezpieczenia chorobowego nie może być wyższa od 100% przeciętnego wynagrodzenia. Kwota ta ustalana jest miesięcznie na okres trzech miesięcy, poczynając od trzeciego miesiąca kalendarzowego każdego kwartału.

Ponowne ustalanie podstawy wymiaru

Podstawy wymiaru zasiłku zarówno tego samego rodzaju, jak i w przypadku zmiany rodzaju pobieranego zasiłku nie ustala się na nowo, jeżeli nie było przerwy między okresami pobierania zasiłku albo gdy przerwa między okresami pobierania zasiłku trwała krócej niż trzy miesiące kalendarzowe.

Przykład

Osoba prowadząca działalność pozarolniczą, podlegająca z tego tytułu ubezpieczeniu chorobowemu, była niezdolna do pracy z powodu choroby w okresie od 22 lutego do 4 kwietnia. Podstawę wymiaru przysługującego ubezpieczonej zasiłku chorobowego stanowi przeciętny miesięczny przychód za okres od lutego poprzedniego roku do stycznia bieżącego roku. Ubezpieczona ponownie zachorowała 5 maja i była niezdolna do pracy do 3 czerwca. Ponieważ przerwa między okresami pobierania zasiłku chorobowego trwała krócej niż 3 miesiące kalendarzowe, podstawy wymiaru zasiłku chorobowego przysługującego ubezpieczonej od 5 maja nie oblicza się na nowo. W dniu 2 października ubezpieczona urodziła dziecko. W związku z tym, że przerwa między okresami pobierania zasiłku chorobowego i zasiłku macierzyńskiego wynosiła trzy miesiące, podstawa wymiaru zasiłku macierzyńskiego powinna być ustalona na nowo. Będzie ją stanowił przeciętny miesięczny przychód ubezpieczonej za okres od października poprzedniego roku do września bieżącego roku.

Jeżeli poprzednio pobieranym świadczeniem było świadczenie rehabilitacyjne i w związku z tym podstawa wymiaru podlegała waloryzacji, podstawę wymiaru kolejnego zasiłku stanowi kwota przyjęta jako podstawa wymiaru świadczenia rehabilitacyjnego, tj. po waloryzacji.

Przykład

Ubezpieczona, która jest osobą współpracującą z osobą prowadzącą działalność pozarolniczą, w dniu 28 września urodziła dziecko. W okresie od 11 lutego do 11 sierpnia (182 dni) pobierała zasiłek chorobowy. Podstawa wymiaru zasiłku chorobowego przysługującego ubezpieczonej została ustalona z uwzględnieniem przychodu za okres od lutego poprzedniego roku do stycznia tego roku. Następnie ubezpieczonej przyznano świadczenie rehabilitacyjne od 12 sierpnia na okres dwóch miesięcy. Podstawa wymiaru zasiłku chorobowego dla celów obliczenia świadczenia rehabilitacyjnego podlegała waloryzacji wskaźnikiem waloryzacji obowiązującym w III kwartale bieżącego roku. Od 28 września ubezpieczona ma prawo do zasiłku macierzyńskiego. Podstawy wymiaru zasiłku macierzyńskiego nie ustala się ponownie. Jest to kwota, która stanowiła podstawę wymiaru przysługującego ubezpieczonej wcześniej świadczenia rehabilitacyjnego, tj. zwaloryzowana podstawa wymiaru zasiłku chorobowego.

6. Zasady wypłaty świadczeń

Podmioty wypłacające

Prawo do świadczeń w razie choroby i macierzyństwa przysługujących osobom objętym ubezpieczeniem z tytułu prowadzenia działalności pozarolniczej lub współpracy przy jej prowadzeniu ustalają oraz świadczenia te wypłacają oddziały Zakładu Ubezpieczeń Społecznych właściwe według siedziby płatnika składek - za okres niezdolności do pracy przypadającej w czasie trwania ubezpieczenia oraz za okres po ustaniu tytułu ubezpieczenia (po zaprzestaniu prowadzenia działalności lub współpracy), jeżeli tytuł ubezpieczenia ustał w czasie pobierania zasiłku. To oznacza, że ten oddział Zakładu Ubezpieczeń Społecznych, który rozpoczął wypłatę zasiłku w czasie ubezpieczenia kontynuuje wypłatę także za okres po ustaniu tytułu ubezpieczenia.

Jeżeli niezdolność do pracy powstanie po zakończeniu tytułu ubezpieczenia, prawo do zasiłku ustala oraz zasiłek wypłaca oddział Zakładu Ubezpieczeń Społecznych właściwy według miejsca zamieszkania.

Terminy wypłat świadczeń

Zasiłek chorobowy, macierzyński, opiekuńczy oraz świadczenie rehabilitacyjne wypłacane są bieżąco, po stwierdzeniu uprawnień. Zasiłki są wypłacane nie później niż w ciągu 30 dni od złożenia przez ubezpieczonego wszystkich dokumentów niezbędnych do stwierdzenia uprawnień do zasiłku. Jednym z elementów niezbędnych do stwierdzenia uprawnień do zasiłku jest opłacenie przez osobę

prowadzącą działalność składek na ubezpieczenie chorobowe za miesiąc, w którym powstało prawo do zasiłku.

Jeżeli Zakładu Ubezpieczeń Społecznych nie dotrzyma tych terminów, zobowiązany jest do wypłaty odsetek za zwłokę w wysokości określonej przepisami Kodeksu cywilnego. Liczy się je od dnia następnego po dniu, w którym upływa termin wypłaty świadczenia, za każdy dzień zwłoki.

Przedawnienie roszczeń

Prawo do zasiłków chorobowego, macierzyńskiego, opiekuńczego oraz świadczenia rehabilitacyjnego przedawnia się po upływie sześciu miesięcy od ostatniego dnia okresu, za który zasiłek przysługuje. Jeżeli niezgłoszenie roszczenia o wypłatę zasiłku nastąpiło z przyczyn niezależnych od ubezpieczonego, termin przedawnienia liczy się od dnia, w którym przeszkoda uniemożliwiająca zgłoszenie roszczenia ustała.

W przypadku gdy Zakład Ubezpieczeń Społecznych odmówił ubezpieczonemu wypłaty zasiłku z powodu ustania ubezpieczenia chorobowego, np. w wyniku opłacenia składki na ubezpieczenie chorobowe po terminie, a ubezpieczony występuje do oddziału Zakładu Ubezpieczeń Społecznych z wnioskiem o wyrażenie zgody na opłacenie składek po terminie, wniosek ten jest traktowany jako ponowny wniosek o wypłatę zasiłku. Po pozytywnym rozpatrzeniu wniosku w tej sprawie, zasiłek będzie w takim przypadku przysługiwał, jeżeli prawo do niego nie uległo przedawnieniu.

Przykład

Osoba prowadząca działalność pozarolniczą podlega ubezpieczeniom społecznym z tego tytułu, w tym ubezpieczeniu chorobowemu, od 1 stycznia. Składka na ubezpieczenie chorobowe za maj została opłacona po obowiązującym terminie, w związku z czym osoba ta nie podlega ubezpieczeniu chorobowemu od 1 maja. Ponownie do ubezpieczenia chorobowego osoba ta przystąpiła w dniu 7 czerwca. Osoba ta była niezdolna do pracy w okresie od 28 października do 30 listopada. Za okres niezdolności do pracy nie otrzymała zasiłku chorobowego, ponieważ okres podlegania ubezpieczeniu chorobowemu po przerwie w ubezpieczeniu trwającej dłużej niż 30 dni był krótszy niż 180 dni. W dniu 10 marca następnego roku osoba prowadząca działalność pozarolniczą wystąpiła do dyrektora oddziału Zakładu Ubezpieczeń Społecznych z wnioskiem o wyrażenie zgody na opłacenie po terminie składek za maj poprzedniego roku. Zgoda taka została wyrażona. W związku z tym, że od ostatniego dnia niezdolności do pracy z powodu choroby (od 30 listopada) do dnia wystąpienia o przywrócenie ciągłości ubezpieczenia (10 marca) nie upłynęło sześć miesięcy, zasiłek chorobowy za okres od 28 października do 30 listopada zostanie wypłacony.

Jeżeli niewypłacenie zasiłku w całości lub w części spowodowane zostało błędem oddziału Zakładu Ubezpieczeń Społecznych, prawo do zasiłku przedawnia się po upływie trzech lat.

Nienależnie pobrane świadczenia

Za kwoty nienależnie pobranych świadczeń uważa się:

- świadczenia wypłacone mimo zaistnienia okoliczności powodujących ustanie prawa do świadczeń albo wstrzymanie ich wypłaty w całości lub w części, jeżeli osoba pobierająca świadczenie była pouczona o braku prawa do ich pobierania,
- świadczenia przyznane lub wypłacone na podstawie nieprawdziwych zeznań lub fałszywych dokumentów albo w innych przypadkach świadomego wprowadzenia w błąd organu wypłacającego świadczenia przez osobę pobierającą świadczenia.

Osoba, która pobrała nienależne świadczenie zobowiązana jest do jego zwrotu wraz z odsetkami w wysokości i na zasadach określonych przepisami prawa cywilnego. Jeżeli jednak osoba pobierająca świadczenie zawiadomiła Zakład Ubezpieczeń Społecznych o zajściu okoliczności powodujących ustanie prawa do świadczeń albo wstrzymanie ich wypłaty, a mimo to świadczenia były nadal wypłacane, kwoty nienależnie pobranych świadczeń podlegają zwrotowi bez odsetek za zwłokę. Jeżeli pobranie nienależnych świadczeń przez osobę współpracującą z osobą prowadzącą działalność pozarolniczą zostało spowodowane przekazaniem przez płatnika składek nieprawdziwych danych mających wpływ na prawo do świadczeń lub na ich wysokość, obowiązek zwrotu tych świadczeń obciąża osobę prowadzącą działalność pozarolniczą jako płatnika składek.

Nienależnie pobranych świadczeń nie można dochodzić za okres dłuższy niż ostatnie 3 lata. Jeżeli jednak osoba pobierająca świadczenia zawiadomiła podmiot wypłacający te świadczenia o zajściu okoliczności powodujących ustanie prawa do świadczeń albo wstrzymanie ich wypłaty, a mimo to świadczenia były nadal wypłacane, można żądać zwrotu nienależnie pobranych świadczeń za okres nie dłuższy niż ostatnich 12 miesięcy.

Kwoty nienależnie pobranych świadczeń, ustalone prawomocną decyzją oddziału Zakładu Ubezpieczeń Społecznych, podlegają potrąceniu z bieżąco przysługujących świadczeń, a jeżeli prawo do świadczeń nie istnieje, ściągnięciu w trybie przepisów o postępowaniu egzekucyjnym.

Należności z tytułu nienależnie pobranych świadczeń ulegają przedawnieniu po upływie 10 lat, licząc od dnia uprawomocnienia się decyzji ustalającej należność.

Zakład Ubezpieczeń Społecznych może odstąpić od żądania zwrotu nienależnie pobranych świadczeń w całości lub w części, odroczyć termin ich płatności albo rozłożyć je na raty, jeżeli:

- zachodzą szczególnie uzasadnione okoliczności lub
- kwota nienależnie pobranych świadczeń nie przewyższa kosztów upomnienia w postępowaniu egzekucyjnym w administracji.

Tryb odwoławczy

Ubezpieczony może wystąpić z wnioskiem do oddziału Zakładu Ubezpieczeń Społecznych o ustalenie uprawnień do zasiłku w formie decyzji. Od decyzji tej przysługuje ubezpieczonemu odwołanie do sądu rejonowego - sądu (wydziału) pracy i ubezpieczeń społecznych. Odwołanie to wnosi się za pośrednictwem oddziału Zakładu Ubezpieczeń Społecznych, który wydał decyzję na piśmie lub do protokołu sporządzonego przez ten oddział, w terminie jednego miesiąca od dnia doręczenia decyzji. Od wyroku sądu rejonowego przysługuje odwołanie do sądu okręgowego, które powinno być wniesione w terminie dwóch tygodni (14 dni).

II. Świadczenia pieniężne w razie choroby z tytułu wypadków przy pracy i chorób zawodowych

Definicja wypadku przy pracy i choroby zawodowej oraz uznawanie zdarzenia za wypadek przy pracy

Za wypadek przy pracy uważa się nagłe zdarzenie wywołane przyczyną zewnętrzną powodujące uraz lub śmierć, które nastąpiło w okresie ubezpieczenia wypadkowego podczas wykonywania zwykłych czynności związanych z prowadzeniem działalności pozarolniczej albo związanych ze współpracą przy prowadzeniu tej działalności.

Za chorobę zawodową uważa się chorobę określoną w wykazie chorób zawodowych, o którym mowa w art. 237 § 1 pkt 2 Kodeksu pracy, jeżeli została spowodowana działaniem czynników szkodliwych dla zdrowia występujących w środowisku pracy lub sposobem wykonywania pracy.

Ustalenia okoliczności i przyczyn wypadków przy pracy w trakcie prowadzenia działalności pozarolniczej albo współpracy przy prowadzeniu tej działalności dokonuje w karcie wypadku Zakład Ubezpieczeń Społecznych.

Prawo do świadczeń

Świadczenia z ubezpieczenia wypadkowego przysługują osobom objętym ubezpieczeniem wypadkowym. Prawo do świadczeń pieniężnych z tytułu choroby zawodowej lub wypadku przy pracy nie jest uzależnione od podlegania ubezpieczeniu chorobowemu. Zatem z tytułu niezdolności do pracy wskutek wypadku przy pracy lub choroby zawodowej osobom prowadzącym działalność pozarolniczą oraz osobom z nimi współpracującym, które są objęte ubezpieczeniem wypadkowym obowiązkowo przysługują świadczenia przewidziane ustawą wypadkową, nawet jeżeli nie podlegają ubezpieczeniu chorobowemu.

Przy ustalaniu prawa do zasiłku chorobowego i świadczenia rehabilitacyjnego z ubezpieczenia wypadkowego, ich podstawy wymiaru i wysokości, a także przy ich wypłacie stosuje się odpowiednio przepisy ustawy z dnia 25 czerwca 1999 r. o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa (Dz.U. 2005 nr 31, poz. 267, 2006 nr 221, poz. 1615, 2007 nr 115, poz. 792) z uwzględnieniem następujących szczególnych uregulowań wynikających z przepisów ustawy z dnia 30 października o ubezpieczeniu społecznym z tytułu wypadków przy pracy i chorób zawodowych.

Prawo do zasiłku chorobowego z tytułu wypadku przy pracy lub choroby zawodowej przysługuje niezależnie od okresu podlegania ubezpieczeniu wypadkowemu, tj. bez okresu wyczekiwania. Zatem nawet jeżeli ubezpieczony ulegnie wypadkowi przy pracy krótko od rozpoczęcia prowadzenia działalności pozarolniczej lub rozpoczęcia współpracy przy jej prowadzeniu (przed upływem 180 dni ubezpieczenia) będzie miał prawo do zasiłku chorobowego z ubezpieczenia wypadkowego.

W przypadku gdy ubezpieczony podlega zarówno obowiązkowemu ubezpieczeniu wypadkowemu, jak i dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu, a niezdolność do pracy jest spowodowana wypadkiem przy pracy lub chorobą zawodową, ubezpieczony ma prawo do zasiłku chorobowego lub świadczenia rehabilitacyjnego z ubezpieczenia wypadkowego.

Wysokość świadczeń

Zasiłek chorobowy i świadczenie rehabilitacyjne przysługują w wysokości 100% podstawy wymiaru.

W przypadku gdy przyczyną niezdolności do pracy jest wypadek przy pracy lub choroba zawodowa, a zasiłek chorobowy lub świadczenie rehabilitacyjne przysługuje z więcej niż jednego tytułu, to świadczenie z ubezpieczenia wypadkowego w wysokości 100% przysługuje z każdego z tych tytułów. Oznacza to, że z każdego tytułu ubezpieczonemu przysługuje świadczenie finansowane z ubezpieczenia wypadkowego:

- zasiłek chorobowy bez wymaganego okresu wyczekiwania,
- zasiłek chorobowy lub świadczenie rehabilitacyjne w wysokości 100% podstawy wymiaru.

Przykład

Osoba będąca pracownikiem rozpoczęła prowadzenie działalności pozarolniczej. Z tytułu prowadzonej działalności przystąpiła do ubezpieczeń emerytalnego, rentowych i wypadkowego. Osoba ta uległa wypadkowi przy pracy w trakcie wykonywania zatrudnienia. Do daty wypadku ubezpieczeniem wypadkowym z tytułu wykonywania działalności była objęta przez 3 miesiące. Będzie ona miała prawo do zasiłku chorobowego z ubezpieczenia wypadkowego w wysokości 100% podstawy wymiaru zarówno z zatrudnienia, jak i z tytułu podlegania ubezpieczeniu wypadkowemu w związku z prowadzeniem działalności pozarolniczej, mimo że okres podlegania ubezpieczeniu wypadkowemu był krótszy niż 180 dni.

Brak prawa do świadczeń

Zasiłek chorobowy i świadczenie rehabilitacyjne z ubezpieczenia wypadkowego należne osobom prowadzącym pozarolniczą działalność i osobom z nimi współpracującym nie przysługują w razie występowania w dniu wypadku przy pracy lub w dniu złożenia wniosku o przyznanie świadczeń z tytułu choroby zawodowej, zadłużenia z tytułu składek na ubezpieczenia społeczne na kwotę przekraczającą 6,60 zł. Świadczenia nie przysługują do czasu spłaty całości zadłużenia.

Jeżeli spłata całości zadłużenia nastąpi w ciągu 6 miesięcy od dnia wypadku lub od dnia złożenia wniosku o przyznanie świadczeń z tytułu choroby zawodowej, ubezpieczonemu przysługuje świadczenie za cały okres orzeczonej niezdolności do pracy z tego tytułu.

W przypadku uregulowania przez ubezpieczonego całości zadłużenia po upływie 6 miesięcy od dnia wypadku lub od dnia złożenia wniosku o przyznanie świadczeń z tytułu choroby zawodowej, świadczenia przysługują jedynie na bieżąco, tj. od dnia uregulowania zadłużenia. Prawo do świadczeń za okres przed tą datą ulega przedawnieniu.

Okres orzeczonej niezdolności do pracy, za który prawo do zasiłku chorobowego uległo przedawnieniu z powodu występowania zadłużenia z tytułu składek na ubezpieczenia społeczne podlega wliczeniu do okresu zasiłkowego.

W przypadku niezdolności do pracy spowodowanej wypadkiem przy pracy stan zadłużenia ustala się na dzień wypadku. Dotyczy to zarówno sytuacji, gdy niezdolność do pracy rozpoczęła się w dniu wypadku, jak również gdy rozpoczęła się później w wyniku późniejszych następstw w stanie zdrowia wynikających z wypadku przy pracy, który miał miejsce wcześniej.

W razie niezdolności do pracy spowodowanej chorobą zawodową stan zadłużenia jest ustalany na dzień złożenia wniosku o przyznanie świadczeń z tytułu choroby zawodowej. Dniem tym jest data wpływu do oddziału Zakładu Ubezpieczeń Społecznych zaświadczenia lekarskiego na druku ZUS ZLA, które obejmuje okres niezdolności do pracy spowodowanej chorobą zawodową (po przedłożeniu przez ubezpieczonego decyzji państwowego inspektora sanitarnego stwierdzającej chorobę zawodową oraz udokumentowaniu zaświadczeniem lekarskim związku niezdolności do pracy z tą chorobą). W przypadku nieprzerwanej niezdolności do pracy, datą złożenia wniosku o świadczenie jest data wpływu pierwszego zaświadczenia lekarskiego na druku ZUS ZLA.

Ubezpieczony nie ma prawa do świadczeń z ubezpieczenia wypadkowego w przypadku, gdy wyłączną przyczyną wypadku było udowodnione naruszenie przez ubezpieczonego przepisów dotyczących ochrony życia i zdrowia, spowodowane przez niego umyślnie lub wskutek rażącego niedbalstwa.

Świadczenia nie przysługują także ubezpieczonemu, który będąc w stanie nietrzeźwości lub pod wpływem środków odurzających lub substancji psychotropowych, przyczynił się w znacznym stopniu do spowodowania wypadku.

W przypadku gdy ubezpieczony odmówi poddania się badaniu mającemu na celu ustalenie zawartości alkoholu, środków odurzających lub substancji psychotropowych w organizmie lub przez swoje zachowanie uniemożliwi przeprowadzenie takiego badania, prawo do zasiłku chorobowego i świadczenia rehabilitacyjnego z ubezpieczenia wypadkowego nie przysługuje. Przyznanie prawa do tych świadczeń może nastąpić, jeśli ubezpieczony udowodni, że miały miejsce przyczyny uniemożliwiające poddanie się temu badaniu.

W tych przypadkach, w których ubezpieczony nie ma prawa do świadczeń z ubezpieczenia wypadkowego, prawo do świadczeń może być rozpatrywane na zasadach określonych powołaną ustawą z dnia 25 czerwca 1999 r. Dotyczy to jednak wyłącznie osób objętych ubezpieczeniem chorobowym.

Ubezpieczonemu będzie w takich przypadkach przysługiwać zasiłek chorobowy lub świadczenie rehabilitacyjne z ubezpieczenia chorobowego:

- zasiłek chorobowy po upływie 180 dni okresu wyczekiwania,
- zasiłek chorobowy począwszy od 6. dnia orzeczonej niezdolności do pracy, jeżeli niezdolność ta została spowodowana nadużyciem alkoholu,
- zasiłek chorobowy w wysokości 80% lub 70% podstawy wymiaru zasiłku, o ile nie będą miały miejsca okoliczności dające prawo do zasiłku chorobowego w wysokości 100% podstawy wymiaru,
- świadczenie rehabilitacyjne w wysokości 90% lub 75% podstawy wymiaru, jeśli nie zajdą okoliczności dające prawo do świadczenia w wysokości 100% podstawy wymiaru.

Dokumentacja

Do przyznania i wypłaty zasiłku chorobowego i świadczenia rehabilitacyjnego z ubezpieczenia wypadkowego wymagane są dokumenty przewidziane dla tych świadczeń finansowanych z ubezpieczenia chorobowego. Dodatkowo niezbędne są dokumenty potwierdzające wypadek przy pracy lub chorobę zawodową, tj.:

- karta wypadku przy pracy - w razie niezdolności do pracy spowodowanej wypadkiem przy pracy,
- decyzja o stwierdzeniu choroby zawodowej - wydana przez państwowego inspektora sanitarnego.

Jeżeli niezdolność do pracy jest spowodowana chorobą zawodową do wypłaty świadczeń z ubezpieczenia wypadkowego ubezpieczony musi udokumentować zaświadczeniem lekarskim związek niezdolności do pracy z chorobą zawodową.

W przypadku późniejszych następstw, które zaistniały w związku ze stwierdzonym wcześniej wypadkiem przy pracy albo chorobą zawodową, związek tej niezdolności do pracy z wcześniejszym wypadkiem bądź chorobą zawodową powinien być stwierdzony przez lekarza zaświadczeniem lekarskim.

Podstawa wymiaru świadczeń

Przy ustalaniu podstawy wymiaru zasiłku chorobowego i świadczenia rehabilitacyjnego przysługującego z ubezpieczenia wypadkowego osobom prowadzącym pozarolniczą działalność oraz osobom z nimi współpracującym stosuje się te same zasady, które obowiązują przy ustalaniu podstawy wymiaru świadczeń z ubezpieczenia chorobowego dla tej grupy ubezpieczonych. Są one określone w powołanej ustawie z dnia 25 czerwca 1999 r. (zostały przedstawione w pierwszej części opracowania).

Przy ustalaniu podstawy wymiaru zasiłku chorobowego i świadczenia rehabilitacyjnego z ubezpieczenia wypadkowego dla tej grupy ubezpieczonych uwzględnia się przychód stanowiący podstawę wymiaru składek na ubezpieczenie wypadkowe po odliczeniu kwoty odpowiadającej:

- 1) 18,71% podstawy wymiaru składek na ubezpieczenie wypadkowe – w przypadku przychodu za okres do 30 czerwca 2007 r.,
- 2) 15,71% podstawy wymiaru składek na ubezpieczenie wypadkowe – w przypadku przychodu za okres od dnia 1 lipca 2007 r. do dnia 31 grudnia 2007r.,
- 3) po odliczeniu kwoty odpowiadającej 13,71% podstawy wymiaru składek na ubezpieczenie wypadkowe – w przypadku przychodu za okres po dniu 31 grudnia 2007 r.,

niezależnie od tego, czy ubezpieczony przystąpił do ubezpieczenia chorobowego, czy też nie.

Podstawa wymiaru zasiłku chorobowego z ubezpieczenia wypadkowego jest ustalana za okres 12 miesięcy kalendarzowych poprzedzających powstanie niezdolności do pracy albo z faktycznego okresu ubezpieczenia, za pełne kalendarzowe miesiące ubezpieczenia, jeżeli niezdolność do pracy powstała przed upływem 12 miesięcy kalendarzowych.

Przykład

Osoba prowadząca działalność pozarolniczą od 16 stycznia 2007 r. podlega z tego tytułu ubezpieczeniom emerytalnemu, rentowym i wypadkowemu. Nie przystąpiła do dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego. W dniu 5 lipca 2007 r. ubezpieczony uległ wypadkowi przy prowadzeniu działalności i był niezdolny do pracy z powodu choroby od dnia 5 lipca do 31 sierpnia 2007 r. Zakład Ubezpieczeń Społecznych uznał zdarzenie za wypadek przy pracy i sporządził kartę wypadku przy pracy. Za okres od 5 lipca do 31 sierpnia 2007 r. ubezpieczonemu przysługuje zasiłek chorobowy z ubezpieczenia wypadkowego. Do ustalenia podstawy wymiaru przysługującego ubezpieczonemu zasiłku chorobowego przyjęty zostanie przychód, od którego są opłacane składki na ubezpieczenie wypadkowe, po pomniejszeniu o 18,71% tej kwoty, za pełne kalendarzowe miesiące ubezpieczenia poprzedzające powstanie niezdolności do pracy, tj. za okres od lutego do czerwca 2007 r.

W razie ponownego powstania prawa do zasiłku, podstawy wymiaru tego samego rodzaju lub różnego rodzaju zasiłku nie oblicza się na nowo, jeżeli przerwa między okresami pobierania zasiłków była krótsza niż 3 miesiące kalendarzowe. Dotyczy to także zasiłku chorobowego finansowanego z różnych funduszy (funduszu chorobowego i wypadkowego). W przypadku zasiłku przysługującego ubezpieczonemu, który podlega ubezpieczeniu wypadkowemu oraz dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu, jeżeli przed przerwą przysługiwał zasiłek chorobowy z ubezpieczenia chorobowego, a po przerwie zasiłek chorobowy z ubezpieczenia wypadkowego, podstawy wymiaru zasiłku nie ustala się z nowego okresu, ale przyjmuje się kwoty stanowiące podstawę wymiaru składek na ubezpieczenie wypadkowe. Podstawy te mogą się różnić, w związku z tym, że różne mogą być okresy ubezpieczenia chorobowego i wypadkowego oraz dlatego, że podstawa wymiaru składek na dobrowolne ubezpieczenie chorobowe podlega ograniczeniu do 250% przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia w poprzednim kwartale, natomiast podstawa wymiaru składek na ubezpieczenie wypadkowe takiemu ograniczeniu nie podlega.

Przykład

Osoba współpracująca z osobą prowadzącą działalność pozarolniczą podlega od 1 lutego 2006 r. ubezpieczeniom emerytalnemu, rentowym i wypadkowemu. Do dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego przystąpiła 14 marca 2006 r. W marcu 2007 r. uległa wypadkowi przy pracy i otrzymywała z tego tytułu zasiłek chorobowy z ubezpieczenia wypadkowego od 15 marca do 20 czerwca 2007 r. Podstawa wymiaru zasiłku chorobowego została ustalona na podstawie przychodu, od którego była opłacana składka na ubezpieczenie wypadkowe, pomniejszonego o 18,71%, za okres od marca 2006 r. do lutego 2007 r. W dniu 20 sierpnia 2007 r. ubezpieczona urodziła dziecko i przysługuje jej zasiłek macierzyński. Ponieważ przerwa między okresami pobierania zasiłku chorobowego i zasiłku macierzyńskiego nie trwała co najmniej trzy miesiące kalendarzowe, podstawy wymiaru zasiłku macierzyńskiego nie ustala się z nowego okresu poprzedzającego urodzenie dziecka lecz z okresu ubezpieczenia chorobowego poprzedzającego marzec 2007 r., tj. miesiąc w którym powstała poprzednia niezdolność do pracy z powodu choroby. Podstawę wymiaru zasiłku macierzyńskiego stanowi przychód na ubezpieczenie chorobowe, po pomniejszeniu o 18,71%, za okres pełnych kalendarzowych miesięcy ubezpieczenia chorobowego, tj. od kwietnia 2006 r. do lutego 2007 r..

Zasada ta ma także odpowiednio zastosowanie, gdy przed przerwą przysługiwał zasiłek chorobowy z ubezpieczenia wypadkowego, a po przerwie zasiłek chorobowy z ubezpieczenia chorobowego, jak również w przypadku nieprzerwanych okresów pobierania zasiłku chorobowego z różnych funduszy, np. po okresie niezdolności do pracy związanej z wypadkiem przy pracy (zasiłek chorobowy z ubezpieczenia wypadkowego) ubezpieczony stanie się bez przerwy niezdolny do pracy i niezdolność ta jest spowodowana inną przyczyną (zasiłek chorobowy z ubezpieczenia chorobowego).

Zasady wypłaty świadczeń

Prawo do świadczeń w razie choroby z ubezpieczenia wypadkowego przysługujących osobom prowadzącym działalność pozarolniczą lub współpracującym przy jej prowadzeniu ustalają oraz świadczenia te wypłacają terenowe jednostki organizacyjne Zakładu Ubezpieczeń Społecznych właściwe według siedziby płatnika składek.

Zasiłek chorobowy oraz świadczenie rehabilitacyjne z ubezpieczenia wypłacane są bieżąco, po stwierdzeniu uprawnień. Zasiłki są wypłacane nie później niż w ciągu 30 dni od złożenia przez ubezpieczonego wszystkich dokumentów niezbędnych do stwierdzenia uprawnień do zasiłku. Świadczenia z ubezpieczenia wypadkowego przysługujące ubezpieczonemu, u którego stwierdzono zaległość w opłacaniu składek na ubezpieczenia społeczne na kwotę przekraczającą 6,60 zł, powinny być wypłacone w ciągu 30 dni od dnia wyjaśnienia ostatniej okoliczności niezbędnej do ustalenia prawa do tych świadczeń, nie później jednak niż w ciągu 60 dni od daty spłaty całości zadłużenia.

Pozostałe zasady wypłaty świadczeń z ubezpieczenia wypadkowego są takie same jak zasady wypłaty świadczeń pieniężnych w razie choroby i macierzyństwa z ubezpieczenia chorobowego (część pierwsza).

Wykaz aktów prawnych

- Ustawy z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych (Dz.U. 2007 nr 11, poz. 74 z późn. zm.)
- Ustawa z dnia 25 czerwca 1999 r. o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa (Dz.U. 2005 nr 31, poz. 267; 2006 nr 221, poz. 1615, 2007 nr 47, poz. 318, nr 115, poz. 792, nr 93, poz. 582)
- Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Socjalnej z dnia 27 lipca 1999 r. w sprawie określenia dowodów stanowiących podstawę przyznania i wypłaty zasiłków z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa (Dz.U. nr 65, poz. 742; 2002 r. nr 37, poz. 343; 2003 nr 147, poz. 1432; 2005 nr 142, poz. 1193, 2007 nr 97, poz. 644)
- Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Socjalnej z dnia 27 lipca 1999 r. w sprawie szczegółowych zasad i trybu wystawiania zaświadczeń lekarskich, wzoru zaświadczenia

lekarskiego i zaświadczenia lekarskiego wydanego w wyniku kontroli lekarza orzecznika Zakładu Ubezpieczeń Społecznych (Dz.U. nr 65, poz. 741; 2006 nr 1, poz. 3)

- Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Socjalnej z dnia 27 lipca 1999 r. w sprawie szczegółowych zasad i trybu kontroli prawidłowości wykorzystywania zwolnień lekarskich od pracy oraz formalnej kontroli zaświadczeń lekarskich (Dz.U. nr 65, poz. 743)
- Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 24 grudnia 2002 r. w sprawie szczegółowych zasad oraz trybu uznawania zdarzenia za wypadek w drodze do pracy lub z pracy, sposobu jego dokumentowania, wzoru karty wypadku w drodze do pracy lub z pracy oraz terminu jej sporządzania (Dz.U. nr 237, poz. 2015)
- Ustawa z dnia 30 października 2002 r. o ubezpieczeniu społecznym z tytułu wypadków przy pracy i chorób zawodowych (Dz.U. nr 199, poz. 1673 z późn. zm.)
- Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 1 sierpnia 2002 r. w sprawie sposobu dokumentowania chorób zawodowych i skutków tych chorób (Dz.U. nr 132, poz. 1121)
- Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 19 grudnia 2002 r. w sprawie trybu uznawania zdarzenia powstałego w okresie ubezpieczenia wypadkowego za wypadek przy pracy, kwalifikacji prawnej zdarzenia, wzoru karty wypadku i terminu jej sporządzenia (Dz.U. nr 236, poz. 1992).