

U S T A W A

z dnia 30 października 2002 r.

o ubezpieczeniu społecznym z tytułu wypadków przy pracy i chorób zawodowych

Rozdział 1

Przepisy ogólne

Art. 1. Ustawa określa:

- 1) rodzaje świadczeń z tytułu wypadków przy pracy i chorób zawodowych oraz warunki nabywania prawa do tych świadczeń;
- 2) zasady i tryb przyznawania świadczeń, ustalania ich wysokości oraz zasady ich wypłaty;
- 3) zasady różnicowania stopy procentowej składki na ubezpieczenie społeczne z tytułu wypadków przy pracy i chorób zawodowych w zależności od zagrożeń zawodowych i ich skutków;
- 4) zasady finansowania prewencji wypadkowej.

Art. 2. Użyte w ustawie określenia oznaczają:

- 1) „fundusz wypadkowy” – fundusz wyodrębniony w ramach Funduszu Ubezpieczeń Społecznych, o którym mowa w przepisach ustawy z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych (Dz. U. z 2017 r. poz. 1778, z późn. zm.¹⁾), zwanych dalej „przepisami o systemie ubezpieczeń społecznych”;
- 2) „lekarz orzecznik” – lekarza orzecznika Zakładu Ubezpieczeń Społecznych;
- 2a) „komisja lekarska” – komisję lekarską Zakładu Ubezpieczeń Społecznych;
- 3) „okres ubezpieczenia wypadkowego” – okres podlegania ubezpieczeniu wypadkowemu, a także okres podlegania ubezpieczeniu społecznemu lub zaopatrzeniu emerytalnemu przed dniem 1 stycznia 1999 r.;
- 4) „płatnik składek” – płatnika składek na ubezpieczenie wypadkowe w rozumieniu przepisów o systemie ubezpieczeń społecznych;

¹⁾ Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2018 r. poz. 106, 138, 357, 398, 650, 697, 730, 771 i 1076.

- 4a) „projekt” – działania inwestycyjne lub inwestycyjno-doradcze skierowane na utrzymanie zdolności do pracy przez cały okres aktywności zawodowej, o określonej przez płatnika składek wartości, prowadzone w ustalonych ramach czasowych;
- 5) „przeciętne wynagrodzenie” – przeciętne miesięczne wynagrodzenie w gospodarce narodowej w poprzednim roku, ogłaszane do celów emerytalnych w Dzienniku Urzędowym Rzeczypospolitej Polskiej „Monitor Polski” przez Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego, stosowane poczynając od drugiego kwartału każdego roku przez okres jednego roku;
- 6) „ustawa o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia chorobowego” – ustawę z dnia 25 czerwca 1999 r. o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa (Dz. U. z 2017 r. poz. 1368 oraz z 2018 r. poz. 1076);
- 7) „ustawa o emeryturach i rentach z FUS” – ustawę z dnia 17 grudnia 1998 r. o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych (Dz. U. z 2017 r. poz. 1383, z późn. zm.²⁾);
- 8) „rok składkowy” – okres obowiązywania stopy procentowej składek na ubezpieczenie wypadkowe należnych za okres od dnia 1 kwietnia danego roku do dnia 31 marca następnego roku;
- 9) „rejestr REGON” – krajowy rejestr urzędowy podmiotów gospodarki narodowej;
- 10) „rodzaj działalności według PKD” – rodzaj przeważającej działalności zakodowanej według Polskiej Klasyfikacji Działalności w rejestrze REGON;
- 11) „ubezpieczony” – osobę fizyczną podlegającą ubezpieczeniu wypadkowemu, a także osobę, która przed dniem 1 stycznia 1999 r. podlegała ubezpieczeniu społecznemu lub zaopatrzeniu emerytalnemu, z wyłączeniem osób podlegających ubezpieczeniu społecznemu rolników;
- 12) „ubezpieczenie wypadkowe” – ubezpieczenie społeczne z tytułu wypadków przy pracy i chorób zawodowych w rozumieniu przepisów o systemie ubezpieczeń społecznych;
- 13) „uraz” – uszkodzenie tkanek ciała lub narządów człowieka wskutek działania czynnika zewnętrznego;
- 14) „Zakład” – Zakład Ubezpieczeń Społecznych.

²⁾ Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2017 r. poz. 1386 i 2120 oraz z 2018 r. poz. 138, 357, 730, 912 i 1076.

Art. 3. 1. Za wypadek przy pracy uważa się nagłe zdarzenie wywołane przyczyną zewnętrzną powodujące uraz lub śmierć, które nastąpiło w związku z pracą:

- 1) podczas lub w związku z wykonywaniem przez pracownika zwykłych czynności lub poleceń przełożonych;
- 2) podczas lub w związku z wykonywaniem przez pracownika czynności na rzecz pracodawcy, nawet bez polecenia;
- 3) w czasie pozostawania pracownika w dyspozycji pracodawcy w drodze między siedzibą pracodawcy a miejscem wykonywania obowiązku wynikającego ze stosunku pracy.

2. Na równi z wypadkiem przy pracy, w zakresie uprawnienia do świadczeń określonych w ustawie, traktuje się wypadek, któremu pracownik uległ:

- 1) w czasie podróży służbowej w okolicznościach innych niż określone w ust. 1, chyba że wypadek spowodowany został postępowaniem pracownika, które nie pozostaje w związku z wykonywaniem powierzonych mu zadań;
- 2) podczas szkolenia w zakresie powszechnej samoobrony;
- 3) przy wykonywaniu zadań zleconych przez działające u pracodawcy organizacje związkowe.

3. Za wypadek przy pracy uważa się również nagłe zdarzenie wywołane przyczyną zewnętrzną powodujące uraz lub śmierć, które nastąpiło w okresie ubezpieczenia wypadkowego z danego tytułu podczas:

- 1) uprawiania sportu w trakcie zawodów i treningów przez osobę pobierającą stypendium sportowe;
- 2) wykonywania odpłatnie pracy na podstawie skierowania do pracy w czasie odbywania kary pozbawienia wolności lub tymczasowego aresztowania;
- 3) pełnienia mandatu posła lub senatora, pobierającego uposażenie;
- 3a) (uchylony)
- 4) odbywania szkolenia, stażu, przygotowania zawodowego dorosłych lub przygotowania zawodowego w miejscu pracy przez osobę pobierającą stypendium w okresie odbywania tego szkolenia, stażu, przygotowania zawodowego dorosłych lub przygotowania zawodowego w miejscu pracy na podstawie skierowania wydanego przez powiatowy urząd pracy lub przez inny podmiot kierujący, pobierania stypendium na podstawie przepisów o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy w okresie odbywania studiów podyplomowych;

- 5) wykonywania przez członka rolniczej spółdzielni produkcyjnej, spółdzielni kółek rolniczych oraz przez inną osobę traktowaną na równi z członkiem spółdzielni w rozumieniu przepisów o systemie ubezpieczeń społecznych, pracy na rzecz tych spółdzielni;
- 6) wykonywania pracy na podstawie umowy agencyjnej, umowy zlecenia lub umowy o świadczenie usług, do której zgodnie z Kodeksem cywilnym stosuje się przepisy dotyczące zlecenia;
- 6a) wykonywania pracy na podstawie umowy uaktywniającej, o której mowa w ustawie z dnia 4 lutego 2011 r. o opiece nad dziećmi w wieku do lat 3 (Dz. U. z 2018 r. poz. 603 i 650);
- 7) współpracy przy wykonywaniu pracy na podstawie umowy agencyjnej, umowy zlecenia lub umowy o świadczenie usług, do której zgodnie z Kodeksem cywilnym stosuje się przepisy dotyczące zlecenia;
- 8) wykonywania zwykłych czynności związanych z prowadzeniem działalności pozarolniczej w rozumieniu przepisów o systemie ubezpieczeń społecznych;
- 9) wykonywania zwykłych czynności związanych ze współpracą przy prowadzeniu działalności pozarolniczej w rozumieniu przepisów o systemie ubezpieczeń społecznych;
- 10) wykonywania przez osobę duchowną czynności religijnych lub czynności związanych z powierzonymi funkcjami duszpasterskimi lub zakonnymi;
- 11) odbywania służby zastępczej;
- 12) nauki w Krajowej Szkole Administracji Publicznej im. Prezydenta Rzeczypospolitej Polskiej Lecha Kaczyńskiego przez słuchaczy pobierających stypendium;
- 12a) kształcenia się w szkole doktorskiej przez doktorantów otrzymujących stypendium;
- 13) wykonywania pracy na podstawie umowy agencyjnej, umowy zlecenia lub umowy o świadczenie usług, do której zgodnie z Kodeksem cywilnym stosuje się przepisy dotyczące zlecenia, albo umowy o dzieło, jeżeli umowa taka została zawarta z pracodawcą, z którym osoba pozostaje w stosunku pracy, lub jeżeli w ramach takiej umowy wykonuje ona pracę na rzecz pracodawcy, z którym pozostaje w stosunku pracy.
- 14) (uchylony)

4. Za śmiertelny wypadek przy pracy uważa się wypadek, w wyniku którego nastąpiła śmierć w okresie nieprzekraczającym 6 miesięcy od dnia wypadku.

5. Za ciężki wypadek przy pracy uważa się wypadek, w wyniku którego nastąpiło ciężkie uszkodzenie ciała, takie jak: utrata wzroku, słuchu, mowy, zdolności rozrodczej lub inne uszkodzenie ciała albo rozstrój zdrowia, naruszające podstawowe funkcje organizmu, a także choroba nieuleczalna lub zagrażająca życiu, trwała choroba psychiczna, całkowita lub częściowa niezdolność do pracy w zawodzie albo trwale, istotne zeszpecenie lub zniekształcenie ciała.

6. Za zbiorowy wypadek przy pracy uważa się wypadek, któremu w wyniku tego samego zdarzenia uległy co najmniej dwie osoby.

Art. 4. Za chorobę zawodową uważa się chorobę określoną w art. 235¹ Kodeksu pracy.

Art. 5. 1. Ustalenia okoliczności i przyczyn wypadków przy pracy, o których mowa w art. 3 ust. 3, dokonuje w karcie wypadku:

- 1) podmiot wypłacający stypendium sportowe – w stosunku do pobierających te stypendia;
- 2) podmiot, na którego rzecz wykonywana jest odpłatnie praca w czasie odbywania kary pozbawienia wolności lub tymczasowego aresztowania – w stosunku do wykonujących tę pracę na podstawie skierowania do pracy;
- 3) Kancelaria Sejmu w stosunku do posłów i Kancelaria Senatu w stosunku do senatorów;
- 4) pracodawca, u którego osoba pobierająca stypendium odbywa staż, przygotowanie zawodowe dorosłych, przygotowanie zawodowe w miejscu pracy lub szkolenie, lub jednostka, w której osoba pobierająca stypendium odbywa szkolenie – w stosunku do osoby pobierającej stypendium w okresie odbywania tego stażu, przygotowania zawodowego dorosłych, przygotowania zawodowego w miejscu pracy lub szkolenia na podstawie skierowania wydanego przez powiatowy urząd pracy lub przez inny podmiot kierujący, pobierania stypendium na podstawie przepisów o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy w okresie odbywania studiów podyplomowych;
- 5) spółdzielnia produkcyjna, spółdzielnia kółek rolniczych – w stosunku do członków tych spółdzielni oraz innych osób traktowanych na równi z członkiem spółdzielni, w rozumieniu przepisów o systemie ubezpieczeń społecznych, wykonujących pracę na rzecz tych spółdzielni;
- 6) podmiot, na którego rzecz wykonywana jest praca na podstawie umowy agencyjnej, umowy zlecenia lub umowy o świadczenie usług, do której zgodnie

z Kodeksem cywilnym stosuje się przepisy dotyczące zlecenia – w stosunku do wykonujących te umowy;

- 7) osoba wykonująca pracę na podstawie umowy agencyjnej, umowy zlecenia lub umowy o świadczenie usług, do której zgodnie z Kodeksem cywilnym stosuje się przepisy dotyczące zlecenia – w stosunku do współpracujących z tą osobą;
- 8) Zakład – w stosunku do prowadzących pozarolniczą działalność oraz współpracujących przy prowadzeniu takiej działalności w rozumieniu przepisów o systemie ubezpieczeń społecznych, a także w stosunku do wykonujących pracę na podstawie umowy uaktywniającej, o której mowa w ustawie z dnia 4 lutego 2011 r. o opiece nad dziećmi w wieku do lat 3;
- 9) (uchylony)
- 10) właściwa zwierzchnia instytucja diecezjalna lub zakonna – w stosunku do duchownych;
- 11) pracodawca, u którego osoba odbywa służbę zastępczą – w stosunku do odbywających tę służbę;
- 12) Krajowa Szkoła Administracji Publicznej im. Prezydenta Rzeczypospolitej Polskiej Lecha Kaczyńskiego – w stosunku do słuchaczy tej szkoły pobierających stypendium;
- 12a) podmiot prowadzący szkołę doktorską – w stosunku do kształcących się w tej szkole doktorantów otrzymujących stypendium;
- 13) pracodawca – w stosunku do osób wykonujących pracę na podstawie umowy agencyjnej, umowy zlecenia lub umowy o świadczenie usług, do której zgodnie z Kodeksem cywilnym stosuje się przepisy dotyczące zlecenia albo umowy o dzieło, jeżeli umowa taka została zawarta z pracodawcą, z którym osoby te pozostają w stosunku pracy;
- 14) podmiot, z którym została zawarta umowa agencyjna, umowa zlecenia lub umowa o świadczenie usług, do której zgodnie z Kodeksem cywilnym stosuje się przepisy dotyczące zlecenia, albo umowa o dzieło – w stosunku do osób wykonujących umowę, jeżeli w ramach takiej umowy praca jest wykonywana na rzecz pracodawcy, z którym osoby te pozostają w stosunku pracy.
- 15) (uchylony)

2. Ustalenie okoliczności i przyczyn wypadku przy pracy, jakiemu uległ ubezpieczony będący pracownikiem, a także stwierdzenie choroby zawodowej u pracownika następuje w trybie określonym przepisami Kodeksu pracy.

3. W sprawach zgłaszania i stwierdzania chorób zawodowych do ubezpieczonych wymienionych w art. 3 ust. 3 stosuje się odpowiednio przepisy Kodeksu pracy.

4. Minister właściwy do spraw zabezpieczenia społecznego określi, w drodze rozporządzenia, tryb uznawania zdarzenia, o którym mowa w art. 3 ust. 3, za wypadek przy pracy, kwalifikację prawną zdarzenia, wzór karty wypadku i termin jej sporządzania, biorąc pod uwagę konieczność zapewnienia jednolitości obowiązujących rozwiązań dotyczących ustalania okoliczności i przyczyn tych wypadków.

Rozdział 2

Rodzaje świadczeń z tytułu wypadków przy pracy i chorób zawodowych, warunki nabywania prawa do świadczeń, zasady i tryb ich przyznawania, ustalania ich wysokości oraz zasady ich wypłaty

Art. 6. 1. Z tytułu wypadku przy pracy lub choroby zawodowej przysługują następujące świadczenia:

- 1) „zasiłek chorobowy” – dla ubezpieczonego, którego niezdolność do pracy spowodowana została wypadkiem przy pracy lub chorobą zawodową;
- 2) „świadczenie rehabilitacyjne” – dla ubezpieczonego, który po wyczerpaniu zasiłku chorobowego jest nadal niezdolny do pracy, a dalsze leczenie lub rehabilitacja lecznicza rokuje odzyskanie zdolności do pracy;
- 3) „zasiłek wyrównawczy” – dla ubezpieczonego będącego pracownikiem, którego wynagrodzenie uległo obniżeniu wskutek stałego lub długotrwałego uszczerbku na zdrowiu;
- 4) „jednorazowe odszkodowanie” – dla ubezpieczonego, który doznał stałego lub długotrwałego uszczerbku na zdrowiu;
- 5) „jednorazowe odszkodowanie” – dla członków rodziny zmarłego ubezpieczonego lub rencisty;
- 6) „renta z tytułu niezdolności do pracy” – dla ubezpieczonego, który stał się niezdolny do pracy wskutek wypadku przy pracy lub choroby zawodowej;
- 7) „renta szkoleniowa” – dla ubezpieczonego, w stosunku do którego orzeczono celowość przekwalifikowania zawodowego ze względu na niezdolność do pracy w dotychczasowym zawodzie spowodowaną wypadkiem przy pracy lub chorobą zawodową;

- 8) „renta rodzinna” – dla członków rodziny zmarłego ubezpieczonego lub rencisty uprawnionego do renty z tytułu wypadku przy pracy lub choroby zawodowej;
- 9) „dodatek do renty rodzinnej” – dla sieroty zupełnej;
- 10) dodatek pielęgnacyjny;
- 11) pokrycie kosztów leczenia z zakresu stomatologii i szczepień ochronnych oraz zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne w zakresie określonym ustawą.

2. Osobom:

- 1) prowadzącym pozarolniczą działalność i osobom z nimi współpracującym,
 - 2) duchownym będącym płatnikami składek na własne ubezpieczenia
- oraz członkom ich rodzin świadczenia, o których mowa w ust. 1, nie przysługują w razie wystąpienia w dniu wypadku 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 do czasu spłaty całości zadłużenia, z zastrzeżeniem art. 47 ust. 3.

3. Prawo do świadczeń, o których mowa w ust. 1 pkt 1, 2, 4, 5 i 11, przedawnia się, jeżeli zadłużenie, o którym mowa w ust. 2, nie zostanie uregulowane w ciągu 6 miesięcy od dnia wypadku lub od dnia złożenia wniosku o przyznanie tych świadczeń z tytułu choroby zawodowej.

4. Osobom, o których mowa w ust. 2, Zakład wypłaca świadczenia w ciągu 30 dni od wyjaśnienia ostatniej okoliczności niezbędnej do ustalenia prawa do tych świadczeń, nie później jednak niż w ciągu 60 dni od spłaty całości zadłużenia.

Art. 7. Przy ustalaniu prawa do świadczeń wymienionych w art. 6 ust. 1 pkt 1–3, podstawy wymiaru i ich wysokości, a także przy ich wypłacie, stosuje się odpowiednio przepisy ustawy o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia chorobowego, z uwzględnieniem przepisów niniejszej ustawy.

Art. 8. 1. Zasiłek chorobowy z ubezpieczenia wypadkowego przysługuje niezależnie od okresu podlegania ubezpieczeniu.

2. Zasiłek chorobowy z ubezpieczenia wypadkowego przysługuje od pierwszego dnia niezdolności do pracy spowodowanej wypadkiem przy pracy lub chorobą zawodową, z zastrzeżeniem ust. 3.

3. Zasiłek chorobowy z ubezpieczenia wypadkowego nie przysługuje za okresy niezdolności do pracy spowodowanej wypadkiem przy pracy lub chorobą zawodową, za które ubezpieczony na podstawie odrębnych przepisów zachowuje prawo do

wynagrodzenia, uposażenia, stypendium lub innego świadczenia przysługującego za czas niezdolności do pracy.

4. Przepis ust. 3 stosuje się odpowiednio do świadczenia rehabilitacyjnego.

Art. 9. 1. Zasiłek chorobowy i świadczenie rehabilitacyjne z ubezpieczenia wypadkowego przysługują w wysokości 100% podstawy wymiaru.

2. Podstawę wymiaru zasiłku i świadczenia, o których mowa w ust. 1, stanowi kwota będąca podstawą wymiaru składek na ubezpieczenie wypadkowe.

3. Przy ustalaniu podstawy wymiaru zasiłku chorobowego przysługującego:

- 1) pracownikom – stosuje się zasady określone w rozdziale 8 ustawy o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia chorobowego;
- 2) członkom rolniczych spółdzielni produkcyjnych i spółdzielni kółek rolniczych, osobom odbywającym służbę zastępczą oraz osobom, o których mowa w art. 11 ust. 2 ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych – stosuje się zasady określone w rozdziale 9 ustawy o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia chorobowego;
- 3) pozostałym osobom – stosuje się zasady określone w art. 46, 48 i 52 ustawy o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia chorobowego, z tym że przy ustalaniu podstawy wymiaru uwzględnia się przychód stanowiący podstawę wymiaru składek na ubezpieczenie wypadkowe po odliczeniu kwoty odpowiadającej 11,26% podstawy wymiaru składki na ubezpieczenie wypadkowe.

4. Jeżeli niezdolność do pracy ubezpieczonego, o którym mowa w ust. 3 pkt 3, powstała przed upływem pełnego miesiąca kalendarzowego ubezpieczenia wypadkowego, podstawę wymiaru zasiłku chorobowego, z zastrzeżeniem art. 8 ust. 3, stanowi:

- 1) kwota otrzymanego za ten miesiąc stypendium sportowego – dla ubezpieczonych będących stypendystami sportowymi,
- 2) kwota otrzymanego za ten miesiąc stypendium – dla ubezpieczonych będących słuchaczami Krajowej Szkoły Administracji Publicznej im. Prezydenta Rzeczypospolitej Polskiej Lecha Kaczyńskiego lub doktorantami,
- 3) kwota otrzymanego za ten miesiąc stypendium – dla ubezpieczonych będących osobami pobierającymi stypendium w okresie odbywania szkolenia, stażu, przygotowania zawodowego dorosłych lub przygotowania zawodowego w miejscu pracy, na które zostały skierowane przez powiatowy urząd pracy lub inny podmiot kierujący, lub pobierającymi stypendium na podstawie przepisów

o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy w okresie odbywania studiów podyplomowych

4) (uchylony)

5) (uchylony)

– po odliczeniu kwoty, o której mowa w ust. 3 pkt 3.

5. (uchylony)

Art. 10. Prawo do zasiłków i świadczenia rehabilitacyjnego z ubezpieczenia wypadkowego ustalają i świadczenie to oraz zasiłki wypłacają:

- 1) płatnicy składek, jeżeli są zobowiązani do ustalania prawa do zasiłków w razie choroby i macierzyństwa i ich wypłaty;
- 2) Zakład – w pozostałych przypadkach.

Art. 11. 1. Ubezpieczonemu, który wskutek wypadku przy pracy lub choroby zawodowej doznał stałego lub długotrwałego uszczerbku na zdrowiu, przysługuje jednorazowe odszkodowanie.

2. Za stały uszczerbek na zdrowiu uważa się takie naruszenie sprawności organizmu, które powoduje upośledzenie czynności organizmu nierokujące poprawy.

3. Za długotrwały uszczerbek na zdrowiu uważa się takie naruszenie sprawności organizmu, które powoduje upośledzenie czynności organizmu na okres przekraczający 6 miesięcy, mogące ulec poprawie.

4. Oceny stopnia uszczerbku na zdrowiu oraz jego związku z wypadkiem przy pracy lub chorobą zawodową dokonuje się po zakończeniu leczenia i rehabilitacji.

5. Minister właściwy do spraw zabezpieczenia społecznego w porozumieniu z ministrem właściwym do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzenia, szczegółowe zasady orzekania o stałym lub długotrwałym uszczerbku na zdrowiu oraz tryb postępowania przy ustalaniu tego uszczerbku i wypłacaniu jednorazowego odszkodowania, kierując się koniecznością zapewnienia ochrony interesów ubezpieczonego oraz koniecznością przejrzystości i sprawności postępowania w sprawie o jednorazowe odszkodowanie.

Art. 12. 1. Jednorazowe odszkodowanie przysługuje w wysokości 20% przeciętnego wynagrodzenia za każdy procent stałego lub długotrwałego uszczerbku na zdrowiu, z zastrzeżeniem art. 55 ust. 1.

2. Jeżeli wskutek pogorszenia się stanu zdrowia stały lub długotrwały uszczerbek na zdrowiu będący następstwem wypadku przy pracy lub choroby zawodowej, który był podstawą przyznania jednorazowego odszkodowania, ulegnie zwiększeniu co

najmniej o 10 punktów procentowych, jednorazowe odszkodowanie zwiększa się o 20% przeciętnego wynagrodzenia za każdy procent uszczerbku na zdrowiu przewyższający procent, według którego ustalone było to odszkodowanie, z zastrzeżeniem art. 55 ust. 2.

3. Jednorazowe odszkodowanie ulega zwiększeniu o kwotę stanowiącą 3,5-krotność przeciętnego wynagrodzenia, jeżeli w stosunku do ubezpieczonego została orzeczona całkowita niezdolność do pracy oraz niezdolność do samodzielnej egzystencji wskutek wypadku przy pracy lub choroby zawodowej.

4. Przepis ust. 3 stosuje się odpowiednio, jeżeli wskutek pogorszenia się stanu zdrowia w następstwie wypadku przy pracy lub choroby zawodowej w stosunku do rencisty została orzeczona całkowita niezdolność do pracy oraz niezdolność do samodzielnej egzystencji.

5. Do ustalenia wysokości jednorazowego odszkodowania, o którym mowa w ust. 1–4, przyjmuje się przeciętne wynagrodzenie obowiązujące w dniu wydania decyzji, o której mowa w art. 15.

6. Kwoty jednorazowych odszkodowań zaokrągla się do pełnych złotych.

Art. 13. 1. Członkom rodziny ubezpieczonego, który zmarł wskutek wypadku przy pracy lub choroby zawodowej, przysługuje jednorazowe odszkodowanie. Odszkodowanie to przysługuje również w razie śmierci wskutek wypadku przy pracy lub choroby zawodowej rencisty, który był uprawniony do renty z ubezpieczenia wypadkowego.

2. Członkami rodziny uprawnionymi do odszkodowania są:

- 1) małżonek, z zastrzeżeniem ust. 3;
- 2) dzieci własne, dzieci drugiego małżonka, dzieci przysposobione oraz przyjęte na wychowanie i utrzymanie przed osiągnięciem pełnoletności wnuki, rodzeństwo i inne dzieci, w tym również w ramach rodziny zastępczej, spełniające w dniu śmierci ubezpieczonego lub rencisty warunki uzyskania renty rodzinnej;
- 3) rodzice, osoby przysposabiające, macocha oraz ojczym, jeżeli w dniu śmierci ubezpieczonego lub rencisty prowadzili z nim wspólne gospodarstwo domowe lub jeżeli ubezpieczony lub rencista bezpośrednio przed śmiercią przyczyniał się do ich utrzymania albo jeżeli ustalone zostało wyrokiem lub ugodą sądową prawo do alimentów z jego strony.

3. Jednorazowe odszkodowanie nie przysługuje małżonkowi w przypadku orzeczonej separacji.

Art. 14. 1. Jeżeli do jednorazowego odszkodowania uprawniony jest tylko jeden członek rodziny zmarłego ubezpieczonego lub rencisty, przysługuje ono w wysokości:

- 1) 18-krotnego przeciętnego wynagrodzenia, gdy uprawnionymi są małżonek lub dziecko;
- 2) 9-krotnego przeciętnego wynagrodzenia, gdy uprawniony jest inny członek rodziny.

2. Jeżeli do jednorazowego odszkodowania uprawnieni są równocześnie:

- 1) małżonek i jedno lub więcej dzieci – odszkodowanie przysługuje w wysokości ustalonej w ust. 1 pkt 1, zwiększonej o 3,5-krotne przeciętne wynagrodzenie, na każde dziecko;
- 2) dwoje lub więcej dzieci – odszkodowanie przysługuje w wysokości określonej w ust. 1 pkt 1, zwiększonej o 3,5-krotne przeciętne wynagrodzenie, na drugie i każde następne dziecko.

3. Jeżeli obok małżonka lub dzieci do jednorazowego odszkodowania uprawnieni są równocześnie inni członkowie rodziny, każdemu z nich odszkodowanie przysługuje w wysokości 3,5-krotnego przeciętnego wynagrodzenia, niezależnie od odszkodowania przysługującego małżonkowi lub dzieciom zgodnie z ust. 1 pkt 1 lub ust. 2.

4. Jeżeli do jednorazowego odszkodowania uprawnieni są tylko członkowie rodziny inni niż małżonek lub dzieci, odszkodowanie to przysługuje w wysokości ustalonej według zasad określonych w ust. 1 pkt 2, zwiększonej o 3,5-krotne przeciętne wynagrodzenie, na drugiego i każdego następnego uprawnionego.

5. Kwotę jednorazowego odszkodowania ustaloną zgodnie z ust. 2 lub 4 dzieli się w równych częściach między uprawnionych.

6. Do ustalania wysokości jednorazowego odszkodowania przepisy art. 12 ust. 5 stosuje się odpowiednio.

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

8. Kwotę jednorazowego odszkodowania zaokrągla się do pełnych złotych.

9. Minister właściwy do spraw zabezpieczenia społecznego ogłasza w Dzienniku Urzędowym Rzeczypospolitej Polskiej „Monitor Polski” wysokość kwot jednorazowych odszkodowań, o których mowa w ust. 1–4 i art. 12.

Art. 15. 1. Przyznanie lub odmowa przyznania jednorazowego odszkodowania oraz ustalenie jego wysokości następuje w drodze decyzji Zakładu.

2. Decyzję, o której mowa w ust. 1, z zastrzeżeniem art. 6 ust. 4, Zakład wydaje w ciągu 14 dni od dnia:

- 1) otrzymania orzeczenia lekarza orzecznika lub komisji lekarskiej;
- 2) wyjaśnienia ostatniej okoliczności niezbędnej do wydania decyzji.

3. Jeżeli w wyniku decyzji zostało ustalone prawo do jednorazowego odszkodowania oraz jego wysokość, Zakład dokonuje z urzędu wypłaty odszkodowania w terminie 30 dni od dnia wydania decyzji.

4. Od decyzji przysługuje odwołanie w trybie i na zasadach określonych w przepisach o systemie ubezpieczeń społecznych.

Art. 16. 1. Stały lub długotrwały uszczerbek na zdrowiu oraz jego związek z wypadkiem przy pracy lub chorobą zawodową ustala lekarz orzecznik lub komisja lekarska. W przypadku ustalania prawa do świadczeń, o których mowa w art. 6 ust. 1 pkt 2 i 5–8, lekarz orzecznik lub komisja lekarska ustala również niezdolność do pracy oraz jej związek z wypadkiem przy pracy lub chorobą zawodową, a także związek śmierci ubezpieczonego lub rencisty z takim wypadkiem lub chorobą.

2. Przy ustalaniu stałego lub długotrwałego uszczerbku na zdrowiu oraz jego związku z wypadkiem przy pracy lub chorobą zawodową stosuje się odpowiednio przepisy ustawy o emeryturach i rentach z FUS dotyczące trybu orzekania o niezdolności do pracy.

Art. 17. 1. Przy ustalaniu prawa do renty z tytułu niezdolności do pracy, renty szkoleniowej, renty rodzinnej i dodatku do renty rodzinnej dla sieroty zupełnej z tytułu ubezpieczenia wypadkowego, do ustalenia wysokości tych świadczeń oraz ich wypłaty stosuje się odpowiednio przepisy ustawy o emeryturach i rentach z FUS, z wyjątkiem art. 57 ust. 1 pkt 4 oraz art. 101a tej ustawy, z uwzględnieniem przepisów niniejszej ustawy.

2. Świadczenia, o których mowa w ust. 1, przysługują niezależnie od długości okresu ubezpieczenia wypadkowego oraz bez względu na datę powstania niezdolności do pracy spowodowanej wypadkiem przy pracy lub chorobą zawodową.

3. Przy ustalaniu podstawy wymiaru renty nie stosuje się ograniczenia wskaźnika wysokości podstawy, o którym mowa w art. 15 ust. 5 ustawy o emeryturach i rentach z FUS.

4. Prawo do renty z tytułu niezdolności do pracy spowodowanej wypadkiem przy pracy lub chorobą zawodową, które ustało z powodu ustąpienia niezdolności do pracy, przywraca się w razie ponownego powstania tej niezdolności bez względu na okres, jaki upłynął od ustania prawa do renty.

5. Renta rodzinna z ubezpieczenia wypadkowego przysługuje uprawnionym członkom rodziny ubezpieczonego, który zmarł wskutek wypadku przy pracy lub choroby zawodowej.

6. Renta rodzinna z ubezpieczenia wypadkowego przysługuje również w razie śmierci wskutek wypadku przy pracy lub choroby zawodowej rencisty uprawnionego do renty z tytułu niezdolności do pracy.

7. Członkom rodziny rencisty uprawnionego do renty z ubezpieczenia wypadkowego, który zmarł z innych przyczyn niż wypadek przy pracy lub choroba zawodowa, przysługują świadczenia określone w ustawie o emeryturach i rentach z FUS bez względu na długość okresu uprawniającego do przyznania renty z tytułu niezdolności do pracy na podstawie tych przepisów.

Art. 18. 1. Renta z tytułu niezdolności do pracy i renta szkoleniowa z ubezpieczenia wypadkowego nie może być niższa niż:

- 1) 80% podstawy jej wymiaru – dla osoby całkowicie niezdolnej do pracy;
- 2) 60% podstawy jej wymiaru – dla osoby częściowo niezdolnej do pracy;
- 3) 100% podstawy jej wymiaru – dla osoby uprawnionej do renty szkoleniowej.

2. Przepisu ust. 1 nie stosuje się w przypadku ustalenia podstawy wymiaru renty z uwzględnieniem art. 17 ust. 3.

Art. 19. 1. Jeżeli do renty rodzinnej z ubezpieczenia wypadkowego jest uprawniona sierota zupełna, przysługuje jej z tego ubezpieczenia dodatek dla sieroty zupełnej na zasadach i w wysokości określonej w ustawie o emeryturach i rentach z FUS.

2. Osobie uprawnionej do renty z ubezpieczenia wypadkowego przysługuje dodatek pielęgnacyjny na zasadach i w wysokości określonej w ustawie o emeryturach i rentach z FUS.

Art. 20. 1. Renty z ubezpieczenia wypadkowego, dodatek dla sieroty zupełnej oraz dodatek pielęgnacyjny z tego ubezpieczenia podlegają waloryzacji w terminach i na zasadach określonych w ustawie o emeryturach i rentach z FUS.

2. Renta z tytułu niezdolności do pracy, renta szkoleniowa oraz renta rodzinna z ubezpieczenia wypadkowego nie może być niższa niż 120% kwoty najniższej

odpowiedniej renty ustalonej i podwyższonej zgodnie z ustawą o emeryturach i rentach z FUS.

Art. 21. 1. Świadczenia z ubezpieczenia wypadkowego nie przysługują ubezpieczonemu, gdy wyłączną przyczyną wypadków, o których mowa w art. 3, było udowodnione naruszenie przez ubezpieczonego przepisów dotyczących ochrony życia i zdrowia, spowodowane przez niego umyślnie lub skutek rażącego niedbalstwa.

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

3. Jeżeli zachodzi uzasadnione przypuszczenie, że ubezpieczony znajdował się w stanie nietrzeźwości, pod wpływem środków odurzających lub substancji psychotropowych, płatnik składek kieruje ubezpieczonego na badanie niezbędne do ustalenia zawartości alkoholu, środków odurzających lub substancji psychotropowych w organizmie. Ubezpieczony jest obowiązany poddać się temu badaniu. Odmowa poddania się badaniu lub inne zachowanie uniemożliwiające jego przeprowadzenie powoduje pozbawienie prawa do świadczeń, chyba że ubezpieczony udowodni, że miały miejsce przyczyny, które uniemożliwiły poddanie się temu badaniu.

4. Koszty badań, o których mowa w ust. 3, zwracane są kierującemu na te badania przez Zakład, z zastrzeżeniem ust. 5.

5. W przypadkach określonych w ust. 2 koszty badań ponosi ubezpieczony.

6. Minister właściwy do spraw zabezpieczenia społecznego określi, w drodze rozporządzenia, sposób dokonywania rozliczeń kosztów, o których mowa w ust. 4, tryb postępowania, rodzaje dokumentacji niezbędnej do tych rozliczeń oraz termin ich dokonania, biorąc pod uwagę konieczność niezwłocznego uzyskania zwrotu poniesionych kosztów kierującemu na takie badania.

Art. 22. 1. Zakład odmawia przyznania świadczeń z ubezpieczenia wypadkowego w przypadku:

- 1) nieprzedstawienia protokołu powypadkowego lub karty wypadku;
- 2) nieuznania w protokole powypadkowym lub karcie wypadku zdarzenia za wypadek przy pracy w rozumieniu ustawy;
- 3) gdy protokół powypadkowy lub karta wypadku zawierają stwierdzenia bezpodstawne.

2. Odmowa przyznania świadczeń z powodów, o których mowa w ust. 1, następuje w drodze decyzji Zakładu.

3. Jeżeli w protokole powypadkowym lub karcie wypadku są braki formalne, Zakład niezwłocznie zwraca protokół lub kartę wypadku w celu ich uzupełnienia.

Art. 23. 1. Ze środków funduszu wypadkowego są pokrywane koszty skutków wypadków przy pracy lub chorób zawodowych, związane ze świadczeniami zdrowotnymi z zakresu stomatologii i szczepień ochronnych, na które ubezpieczony został skierowany przez lekarza orzecznika na wniosek lekarza prowadzącego, nier refundowane na podstawie odrębnych przepisów.

2. Ze środków funduszu wypadkowego są pokrywane koszty wyrobów medycznych w wysokości udziału własnego świadczeniobiorcy określonego w przepisach art. 38 ustawy z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (Dz. U. z 2017 r. poz. 1844 oraz z 2018 r. poz. 650 i 697).

3. Świadczeń zdrowotnych z zakresu stomatologii i szczepień ochronnych, o których mowa w ust. 1, udzielają świadczeniodawcy, z którymi dyrektor oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia zawarł umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

Art. 23a. (uchylony)

Rozdział 3

Zbieg prawa do świadczeń

Art. 24. W razie zbiegu uprawnień do świadczeń pieniężnych z ubezpieczenia chorobowego z uprawnieniami do świadczeń, o których mowa w art. 6 ust. 1 pkt 1–3, z ubezpieczenia wypadkowego, ubezpieczonemu przysługuje świadczenie z ubezpieczenia wypadkowego.

Art. 25. 1. W razie zbiegu u jednej osoby prawa do kilku rent przewidzianych w ustawie wypłaca się rentę wyższą lub wybraną przez tę osobę.

2. Przepisy ust. 1 stosuje się odpowiednio w razie zbiegu u jednej osoby prawa do renty określonej w ustawie z prawem do renty określonym w przepisach wymienionych w art. 61.

3. Osobie uprawnionej do renty na podstawie ustawy albo na podstawie przepisów wymienionych w art. 61, która jest równocześnie uprawniona do świadczeń o charakterze rentowym na podstawie odrębnych przepisów albo do uposażenia

w stanie spoczynku przyznanego z powodu choroby lub utraty sił albo uposażenia rodzinnego, wypłaca się jedno świadczenie – wyższe lub przez nią wybrane.

4. Osobie uprawnionej do renty rodzinnej na podstawie ustawy albo na podstawie przepisów wymienionych w art. 61, która jest równocześnie uprawniona do uposażenia w stanie spoczynku przyznanego ze względu na wiek, wypłaca się jedno świadczenie – wyższe lub przez nią wybrane.

Art. 26. 1. Osobie uprawnionej do renty z tytułu niezdolności do pracy z ubezpieczenia wypadkowego oraz do emerytury na podstawie odrębnych przepisów wypłaca się, zależnie od jej wyboru:

- 1) przysługującą rentę powiększoną o połowę emerytury albo
- 2) emeryturę powiększoną o połowę renty.

1a. Kwota połowy emerytury, o której mowa w ust. 1 pkt 1, obejmuje połowę łącznej kwoty emerytury z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych i emerytury kapitałowej wypłacanej na podstawie odrębnych przepisów oraz nie może być niższa niż kwota należnej emerytury kapitałowej, przy czym emerytura kapitałowa wypłacana jest w pełnej wysokości.

2. Przepis ust. 1 stosuje się odpowiednio do osoby, która nabyła prawo do renty w zamian za gospodarstwo rolne przekazane na własność Państwa, oraz do osoby pobierającej uposażenie w stanie spoczynku przyznane ze względu na wiek.

3. Przepisu ust. 1 nie stosuje się, jeżeli osoba uprawniona osiąga przychód powodujący zawieszenie prawa do świadczeń lub zmniejszenie ich wysokości określony w ustawie o emeryturach i rentach z FUS, niezależnie od wysokości tego przychodu.

4. Osobie, o której mowa w ust. 1 lub 2, przysługuje jeden dodatek pielęgnacyjny – z ubezpieczenia wypadkowego.

Rozdział 4

Zasady różnicowania stopy procentowej składki na ubezpieczenie wypadkowe z tytułu wypadków przy pracy i chorób zawodowych w zależności od zagrożeń zawodowych i ich skutków

Art. 27. Stopę procentową składki na ubezpieczenie wypadkowe ustala się na rok składkowy.

Art. 28. 1. Stopa procentowa składki na ubezpieczenie wypadkowe dla płatnika składek zgłaszającego do ubezpieczenia wypadkowego nie więcej niż

9 ubezpieczonych wynosi 50% najwyższej stopy procentowej ustalonej na dany rok składkowy dla grup działalności, zgodnie z zasadami określonymi w art. 30.

2. Stopę procentową składki na ubezpieczenie wypadkowe dla płatnika składek zgłaszającego do ubezpieczenia wypadkowego co najmniej 10 ubezpieczonych ustala Zakład jako iloczyn stopy procentowej składki na ubezpieczenie wypadkowe określonej dla grupy działalności, do której należy płatnik składek, i wskaźnika korygującego ustalonego dla płatnika składek, z zastrzeżeniem art. 33.

3. Liczbę ubezpieczonych, o których mowa w ust. 1 i 2, ustala się jako iloraz sumy ubezpieczonych podlegających ubezpieczeniu wypadkowemu w ciągu poszczególnych miesięcy poprzedniego roku kalendarzowego i liczby miesięcy, przez które płatnik składek był w poprzednim roku kalendarzowym zgłoszony w Zakładzie co najmniej 1 dzień.

4. Jeżeli płatnik składek zgłaszany jest w Zakładzie w okresie od dnia 1 stycznia danego roku do dnia 31 marca następnego roku, liczbę ubezpieczonych, o których mowa w ust. 3, ustala się w oparciu o liczbę ubezpieczonych podlegających zgłoszeniu do ubezpieczenia wypadkowego w miesiącu kalendarzowym, od którego płatnik składek został zgłoszony w Zakładzie.

Art. 29. 1. Płatnik składek, o którym mowa w art. 28 ust. 2, należy do grupy działalności ustalonej dla jego rodzaju działalności według PKD ujętego w rejestrze REGON w dniu 31 grudnia poprzedniego roku.

2. Płatnik składek zgłoszony w Zakładzie w okresie od dnia 1 stycznia danego roku do dnia 31 marca następnego roku należy do grupy działalności ustalonej dla jego rodzaju działalności według PKD ujętego w rejestrze REGON w dniu, od którego płatnik składek jest w Zakładzie zgłoszony.

Art. 30. 1. Stopę procentową składki na ubezpieczenie wypadkowe dla grupy działalności ustala się w zależności od kategorii ryzyka ustalonej dla tej grupy.

2. Kategorię ryzyka dla grupy działalności ustala się w zależności od ryzyka określonego wskaźnikami częstości:

- 1) poszkodowanych w wypadkach przy pracy ogółem;
- 2) poszkodowanych w wypadkach przy pracy śmiertelnych i ciężkich;
- 3) stwierdzonych chorób zawodowych;
- 4) zatrudnionych w warunkach zagrożenia.

3. Wpływ każdego ze wskaźników częstości, o których mowa w ust. 2, na ustalenie kategorii ryzyka dla grupy działalności jest równy.

4. Kategorię ryzyka dla grupy działalności ustala się w oparciu o dane Głównego Urzędu Statystycznego za trzy ostatnie lata kalendarzowe, dostępne w dniu 31 stycznia danego roku.

5. Kategorię ryzyka dla grup działalności ustala się na okres nie dłuższy niż 3 lata składkowe.

Art. 31. 1. Wysokość wskaźnika korygującego, o którym mowa w art. 28 ust. 2, wynosi:

- 1) w okresie od dnia 1 kwietnia 2006 r. do dnia 31 marca 2009 r. – od 0,8 do 1,2;
- 2) od dnia 1 kwietnia 2009 r. – od 0,5 do 1,5.

2. Wskaźnik korygujący ustala się na rok składkowy w zależności od kategorii ryzyka ustalonej dla płatnika składek.

3. Kategorię ryzyka dla płatnika składek ustala się w zależności od ryzyka określonego wskaźnikami częstości:

- 1) poszkodowanych w wypadkach przy pracy ogółem;
- 2) poszkodowanych w wypadkach przy pracy śmiertelnych i ciężkich;
- 3) zatrudnionych w warunkach zagrożenia.

4. Wpływ wskaźników częstości określonych w ust. 3 pkt 1 i 2 na ustalenie kategorii ryzyka dla płatników składek jest równy, a wskaźnika częstości określonego w ust. 3 pkt 3 – dwukrotnie większy niż każdego z tych dwóch wskaźników.

5. Kategorię ryzyka dla płatnika składek ustala się na podstawie danych, o których mowa w ust. 3, przekazanych przez płatnika składek za trzy kolejne, ostatnie lata kalendarzowe.

6. Dane, o których mowa w ust. 3, płatnik składek przekazuje do dnia 31 stycznia danego roku za poprzedni rok kalendarzowy w informacji zawierającej w szczególności:

- 1) dane identyfikacyjne płatnika składek, określone w przepisach o systemie ubezpieczeń społecznych;
- 2) rodzaj działalności według PKD;
- 3) liczbę ubezpieczonych zgłoszonych do ubezpieczenia wypadkowego;
- 4) adres płatnika składek.

7. Informację określoną w ust. 6 przekazuje płatnik składek, o którym mowa w art. 28 ust. 2, zgłoszony w Zakładzie nieprzerwanie od dnia 1 stycznia do dnia 31 grudnia poprzedniego roku i co najmniej 1 dzień w styczniu danego roku.

8. Informację, o której mowa w ust. 6, przekazuje się w takiej samej formie, jaka obowiązuje płatnika składek w odniesieniu do dokumentów określonych przepisami o systemie ubezpieczeń społecznych.

9. Kopię informacji, o której mowa w ust. 6, i jej korekt płatnik składek jest zobowiązany przechowywać przez okres 10 lat od dnia ich przekazania do Zakładu, w formie dokumentu pisemnego lub elektronicznego.

10. Płatnik składek jest zobowiązany do złożenia korekty informacji, o której mowa w ust. 6, w ciągu 7 dni od:

- 1) stwierdzenia nieprawidłowości we własnym zakresie;
- 2) otrzymania zawiadomienia o stwierdzeniu nieprawidłowości przez Zakład.

11. Jeżeli konieczność korekty danych podanych w informacji, o której mowa w ust. 6, wynika ze stwierdzenia nieprawidłowości przez Zakład:

- 1) w decyzji – płatnik powinien złożyć korektę informacji nie później niż w terminie 7 dni od uprawomocnienia się decyzji;
- 2) podczas kontroli – płatnik powinien złożyć korektę informacji nie później niż w terminie 30 dni od dnia otrzymania protokołu kontroli.

12. Zakład może sporządzać z urzędu informację, o której mowa w ust. 6, lub korygować z urzędu błędy w niej stwierdzone.

Art. 32. 1. O wysokości stopy procentowej składki na ubezpieczenie wypadkowe obowiązującej w danym roku składkowym Zakład zawiadamia płatnika składek, o którym mowa w art. 28 ust. 2, nie później niż do dnia 20 kwietnia danego roku, z wyłączeniem przypadków określonych w art. 33 ust. 1 i 2.

2. Jeżeli płatnik składek do dnia 30 kwietnia danego roku nie otrzyma zawiadomienia, o którym mowa w ust. 1, powinien zwrócić się do jednostki organizacyjnej Zakładu właściwej ze względu na swoją siedzibę o podanie wysokości stopy procentowej składki na ubezpieczenie wypadkowe.

Art. 33. 1. Stopa procentowa składki na ubezpieczenie wypadkowe dla płatnika składek, o którym mowa w art. 28 ust. 2, któremu Zakład nie ustalił kategorii ryzyka z uwagi na brak obowiązku przekazywania informacji, o której mowa w art. 31 ust. 6, przez trzy kolejne, ostatnie lata kalendarzowe, wynosi tyle, co stopa procentowa określona dla grupy działalności, do której należy.

2. Jeżeli przed upływem terminu opłacania składek, określonego w przepisach o systemie ubezpieczeń społecznych, płatnik składek, o którym mowa w ust. 1, nie otrzyma z urzędu statystycznego zaświadczenia o wpisie do rejestru REGON

zawierającego informację o rodzaju działalności według PKD, stopę procentową składki na ubezpieczenie wypadkowe ustala się zaliczkowo w wysokości określonej w art. 28 ust. 1. Po otrzymaniu zaświadczenia płatnik składek obowiązany jest od początku roku składkowego skorygować stopę procentową składki do wysokości stopy procentowej określonej dla grupy działalności, do której jest zaklasyfikowany.

3. Stopa procentowa składki na ubezpieczenie wypadkowe dla płatnika składek niepodlegającego wpisowi do rejestru REGON wynosi 50% najwyższej stopy procentowej ustalonej na dany rok składkowy dla grup działalności zgodnie z zasadami określonymi w art. 30.

4. Minister właściwy do spraw zabezpieczenia społecznego określi, w drodze rozporządzenia:

- 1) grupy działalności w oparciu o rodzaj działalności PKD ujęty w rejestrze REGON;
- 2) szczegółowe zasady ustalania kategorii ryzyka w zależności od wskaźników częstości, kategorie ryzyka oraz stopy procentowe składek na ubezpieczenie wypadkowe dla grup działalności;
- 3) szczegółowe zasady ustalania kategorii ryzyka dla płatników składek w zależności od wskaźników częstości;
- 4) szczegółowe zasady ustalania wskaźnika korygującego;
- 5) wzór informacji, o której mowa w art. 31 ust. 6.

Art. 34. 1. Zakład ustala, w drodze decyzji, stopę procentową składki na ubezpieczenie wypadkowe na cały rok składkowy w wysokości 150% stopy procentowej ustalonej na podstawie prawidłowych danych, jeżeli płatnik składek nie przekaze informacji, o której mowa w art. 31 ust. 6, albo korekty tej informacji w terminie 14 dni od otrzymania wezwania Zakładu, a stopa procentowa ustalona na podstawie nieprawidłowych danych przekazanych przez płatnika składek lub wykazywana przez płatnika składek w dokumentach rozliczeniowych była zaniżona w stosunku do ustalonej na podstawie prawidłowych danych.

2. Zakład ustala, w drodze decyzji, stopę procentową składki na ubezpieczenie wypadkowe na cały rok składkowy w wysokości 150% stopy procentowej ustalonej zgodnie z przepisami ustawy płatnikom składek, o których mowa w art. 28 ust. 1 i art. 33 ust. 1 i 2, którzy w danym roku składkowym wykazywali w dokumentach rozliczeniowych zaniżoną stopę procentową i nie złożyli dokumentów rozliczeniowych korygujących w terminie 14 dni od otrzymania wezwania Zakładu.

3. W przypadku zaniżenia wysokości stopy procentowej składki na ubezpieczenie wypadkowe płatnik składek zobowiązany jest złożyć dokumenty rozliczeniowe korygujące i opłacić zaległe składki wraz z odsetkami za zwłokę. W przypadku zawyżenia wysokości stopy procentowej składki na ubezpieczenie wypadkowe płatnik składek zobowiązany jest złożyć dokumenty rozliczeniowe korygujące.

Art. 34a. W przypadku złożenia informacji, o której mowa w art. 31 ust. 6, lub jej korekty, albo sporządzenia tej informacji przez Zakład z urzędu, Zakład ustala stopę procentową składki na cały rok składkowy w wysokości stopy procentowej ustalonej na podstawie danych zawartych w informacji.

Art. 35. Jeżeli w czasie kontroli przeprowadzanych u płatników składek inspektorzy pracy stwierdzą podanie nieprawidłowych danych, o których mowa w art. 31 ust. 6, informują o tym Zakład podając równocześnie prawidłowe dane.

Art. 36. 1. Inspektor pracy może wystąpić do jednostki organizacyjnej Zakładu właściwej ze względu na siedzibę płatnika składek z wnioskiem o podwyższenie płatnikowi składek, u którego w czasie dwóch kolejnych kontroli stwierdzono rażące naruszenie przepisów bezpieczeństwa i higieny pracy, o 100% stopy procentowej składki na ubezpieczenie wypadkowe ustalonej na najbliższy rok składkowy.

2. Decyzję w sprawie podwyższenia stopy procentowej składki na ubezpieczenie wypadkowe, o której mowa w ust. 1, wydaje Zakład.

Rozdział 5

Zasady finansowania prewencji wypadkowej

Art. 37. 1. W planie finansowym Funduszu Ubezpieczeń Społecznych określa się corocznie kwotę wydatków na prewencję wypadkową, pokrywanych ze środków finansowych zgromadzonych w funduszu wypadkowym, w wysokości od 1,00% należnych składek na ubezpieczenie wypadkowe, przewidzianych w planie finansowym Funduszu Ubezpieczeń Społecznych na dany rok budżetowy.

2. Środki, o których mowa w ust. 1, przeznacza się na finansowanie działalności związanej z zapobieganiem wypadkom przy pracy i chorobom zawodowym, z uwzględnieniem zdolności do pracy przez cały okres aktywności zawodowej w aspekcie jej wpływu na powstawanie tych zdarzeń, w szczególności na:

- 1) dofinansowanie działań skierowanych na utrzymanie zdolności do pracy przez cały okres aktywności zawodowej, prowadzonych przez płatników składek;

- 2) analizy przyczyn i skutków wypadków przy pracy, a zwłaszcza wypadków śmiertelnych, ciężkich i zbiorowych, oraz chorób zawodowych;
- 3) upowszechnianie wiedzy o zagrożeniach powodujących wypadki przy pracy i choroby zawodowe oraz sposobach przeciwdziałania tym zagrożeniom;
- 4) prowadzenie prac naukowo-badawczych mających na celu eliminację lub ograniczenie przyczyn powodujących wypadki przy pracy i choroby zawodowe.

3. Działalność, o której mowa w ust. 2, prowadzi Zakład.

4. Zakład przy prowadzeniu działalności związanej z dofinansowaniem działań skierowanych na utrzymanie zdolności do pracy przez cały okres aktywności zawodowej prowadzonych przez płatników składek przekazuje, na podstawie zawartej umowy, wykonywanie określonych działań Centralnemu Instytutowi Ochrony Pracy – Państwowemu Instytutowi Badawczemu utworzonemu na podstawie ustawy z dnia 4 kwietnia 1950 r. o utworzeniu Centralnego Instytutu Ochrony Pracy (Dz. U. poz. 139), zwanemu dalej „Instytutem”.

5. W umowie zawartej między Zakładem a Instytutem określa się w szczególności wysokość wynagrodzenia przysługującego za wszystkie działania prowadzone przez Instytut dotyczące jednego projektu, obejmujące:

- 1) ocenę merytoryczną wniosku o dofinansowanie,
- 2) kontrolę projektu w trakcie jego realizacji,
- 3) kontrolę projektu po jego zakończeniu,
- 4) kontrolę trwałości projektu

– uwzględniając, że maksymalna wysokość wynagrodzenia nie może przekroczyć 200% minimalnego wynagrodzenia za pracę, określonego w odrębnych przepisach, powiększonego o należny podatek od towarów i usług (VAT).

6. Zakład kontroluje działania, o których mowa w ust. 5, prowadzone przez Instytut w ramach realizacji umowy.

Art. 37a. 1. Wybór projektów objętych dofinansowaniem następuje w drodze konkursu ogłaszanego przez Prezesa Zakładu.

2. Prezes Zakładu ogłasza konkurs raz w roku, z tym że wyboru projektów, które mogą być objęte dofinansowaniem, Zakład dokonuje nie później niż do dnia 31 grudnia roku poprzedzającego rok budżetowy, w którym ma zostać udzielone dofinansowanie.

3. Ogłoszenie o konkursie zamieszcza się na stronie podmiotowej Zakładu w Biuletynie Informacji Publicznej oraz udostępnia w centrali Zakładu i jego terenowych jednostkach organizacyjnych.

4. Termin składania wniosków o dofinansowanie projektu określony w ogłoszeniu o konkursie nie może być krótszy niż miesiąc od dnia opublikowania tego ogłoszenia.

Art. 37b. 1. Maksymalna wysokość dofinansowania jest uzależniona od liczby osób, za które płatnik składek opłaca składki na ubezpieczenia społeczne na dzień złożenia wniosku o dofinansowanie projektu.

2. Udział procentowy wysokości dofinansowania w przypadku opłacania składek na ubezpieczenia społeczne za:

- 1) od 1 do 9 osób – wynosi do 90% szacowanej wartości projektu;
- 2) od 10 do 49 osób – wynosi do 80% szacowanej wartości projektu;
- 3) od 50 do 249 osób – wynosi do 60% szacowanej wartości projektu;
- 4) od 250 osób – wynosi do 20% szacowanej wartości projektu.

3. Szacowaną wartość projektu określa płatnik składek we wniosku o dofinansowanie projektu.

Art. 37c. 1. Prezes Zakładu, po zasięgnięciu opinii Rady Nadzorczej Zakładu, ustala regulamin konkursu.

2. Regulamin konkursu określa w szczególności:

- 1) rodzaj obszarów technicznych podlegających dofinansowaniu;
- 2) termin, miejsce i formę składania wniosków o dofinansowanie projektu;
- 3) wzór umowy o dofinansowanie;
- 4) szczegółowe kryteria oceny merytorycznej projektu;
- 5) kwotę przeznaczoną na dofinansowanie projektów w roku budżetowym, w którym ma zostać udzielone dofinansowanie;
- 6) maksymalną dopuszczalną kwotę dofinansowania projektu;
- 7) sposób udzielania wnioskodawcy wyjaśnień w kwestiach dotyczących konkursu.

3. Prezes Zakładu podaje do publicznej wiadomości, w szczególności przez zamieszczenie na stronie podmiotowej Zakładu w Biuletynie Informacji Publicznej, regulamin konkursu oraz jego zmiany, wraz z ich uzasadnieniem, oraz termin, od którego są stosowane.

Art. 37d. 1. W konkursie może brać udział płatnik składek, który spełnia łącznie następujące warunki:

- 1) nie zalega z opłacaniem składek na ubezpieczenia społeczne i ubezpieczenie zdrowotne;
- 2) nie zalega z opłacaniem podatków;

3) nie znajduje się w stanie upadłości, pod zarządem komisarycznym, w toku likwidacji, postępowania upadłościowego lub postępowania układowego z wierzycielem.

2. Płatnik składek może ubiegać się o dofinansowanie projektu więcej niż jeden raz, przy czym o kolejne dofinansowanie może ubiegać się po 3 latach od dnia wypłaty przez Zakład całości ostatniego dofinansowania.

3. Płatnik składek, który został zobowiązany do zwrotu przyznanego dofinansowania, nie może ubiegać się o kolejne dofinansowanie projektu w okresie 3 lat od dnia zwrotu dofinansowania.

Art. 37e. 1. Zakład dokonuje oceny formalnej wniosku o dofinansowanie projektu, która obejmuje w szczególności ocenę spełnienia warunków, o których mowa w art. 37d, oraz ocenę kompletności i prawidłowości złożonego wniosku.

2. Wniosek o dofinansowanie projektu zawiera:

- 1) imię i nazwisko lub nazwę płatnika składek oraz numer rachunku składowego;
- 2) liczbę osób, o których mowa w art. 37b ust. 1;
- 3) rodzaj, opis, cel i sposób realizacji działań w ramach projektu;
- 4) oświadczenie płatnika składek o spełnianiu warunków, o których mowa w art. 37d ust. 1.

3. Do wniosku o dofinansowanie projektu płatnik składek dołącza dokument przedstawiający poziom czynników uciążliwych i szkodliwych dla zdrowia na stanowisku pracy oraz ocenę ryzyka zawodowego.

4. W przypadku gdy wniosek o dofinansowanie projektu zawiera braki formalne, Zakład wzywa płatnika składek do ich usunięcia w terminie 14 dni od dnia otrzymania wezwania.

5. W przypadku gdy braki formalne nie zostaną usunięte w terminie, o którym mowa w ust. 4, wniosek o dofinansowanie projektu nie podlega rozpatrzeniu.

6. Zakład przekazuje Instytutowi wnioski o dofinansowanie projektu spełniające wymagania formalne.

7. Instytut dokonuje oceny merytorycznej projektów, która obejmuje w szczególności:

- 1) ocenę, czy wskazane cele są szczegółowo opisane, mierzalne, realne, określone w czasie;
- 2) ocenę adekwatności proponowanych we wniosku o dofinansowanie projektu działań z zakresu bezpieczeństwa i higieny pracy do poziomemu czynników ryzyka występujących u płatnika składek;

- 3) sprawdzenie zgodności rozwiązań ujętych we wniosku o dofinansowanie projektu z obowiązującymi przepisami w zakresie bezpieczeństwa i higieny pracy;
- 4) ocenę niezbędności i efektywności wydatków projektu;
- 5) ocenę, w jaki sposób osiągnięcie celów projektu przełoży się bezpośrednio na poprawę warunków bezpieczeństwa i higieny pracy na stanowiskach pracy u płatnika składek.

8. Zakład przygotowuje listę rankingową projektów, które uzyskały pozytywną ocenę merytoryczną. Lista rankingowa jest udostępniana na stronie podmiotowej Zakładu w Biuletynie Informacji Publicznej.

9. Dofinansowanie projektu, o którym mowa w ust. 8, następuje w drodze umowy o dofinansowanie zawartej między Zakładem a płatnikiem składek w ramach posiadanych przez Zakład środków finansowych na realizację projektu.

Art. 37f. 1. W przypadku naruszenia procedury konkursowej lub innych naruszeń formalnych płatnikowi składek, którego projekt o dofinansowanie nie został umieszczony na liście rankingowej projektów, przysługuje odwołanie do Komisji Odwoławczej powołanej przez Prezesa Zakładu.

2. W skład Komisji Odwoławczej wchodzi co najmniej 5 osób.

3. Członkiem Komisji Odwoławczej może zostać osoba, która:

- 1) korzysta z pełni praw publicznych;
- 2) nie była skazana prawomocnym wyrokiem za umyślne przestępstwo lub umyślne przestępstwo skarbowe;
- 3) posiada wiedzę i doświadczenie dające rękojmię rzetelnego rozpatrzenia odwołań.

4. W skład Komisji Odwoławczej nie może wchodzić osoba, która:

- 1) dokonywała oceny formalnej wniosków o dofinansowanie projektu;
- 2) dokonywała oceny merytorycznej projektów;
- 3) przygotowywała listę rankingową projektów.

5. Prezes Zakładu odwołuje członka Komisji Odwoławczej w przypadku:

- 1) złożenia rezygnacji;
- 2) utraty zdolności do pełnienia powierzonych obowiązków na skutek długotrwałej choroby, trwającej co najmniej 3 miesiące;
- 3) niewypełniania lub nienależytego wypełniania obowiązków;
- 4) zaprzestania spełniania któregokolwiek z wymagań określonych w ust. 3 pkt 1 i 2 lub podjęcia czynności, o których mowa w ust. 4.

6. Komisję Odwoławczą powołuje się na okres czteroletniej kadencji.

7. W przypadku odwołania lub śmierci członka Komisji Odwoławczej przed upływem kadencji Prezes Zakładu niezwłocznie powołuje na jego miejsce inną osobę do końca kadencji.

8. Pracami Komisji Odwoławczej kieruje przewodniczący wybierany przez Komisję spośród jej członków.

9. Płatnik składek wnosi odwołanie, o którym mowa w ust. 1, w formie pisemnej w terminie 14 dni od dnia udostępnienia listy rankingowej projektów na stronie podmiotowej Zakładu w Biuletynie Informacji Publicznej.

10. Odwołanie złożone po terminie, o którym mowa w ust. 9, Komisja Odwoławcza pozostawia bez rozpatrzenia.

11. Komisja Odwoławcza rozpatruje odwołanie nie później niż w terminie 2 miesięcy od dnia złożenia odwołania i informuje płatnika składek na piśmie o wyniku rozstrzygnięcia.

12. Na rozstrzygnięcie Komisji Odwoławczej przysługuje skarga do sądu administracyjnego.

13. Procedura odwoławcza nie wstrzymuje zawierania umów o dofinansowanie projektów, o których mowa w art. 37e ust. 8.

14. W przypadku gdy na jakimkolwiek etapie postępowania w zakresie procedury odwoławczej zostanie wyczerpana kwota środków przeznaczonych na dofinansowanie w roku budżetowym, w którym ma zostać udzielone dofinansowanie:

- 1) Komisja Odwoławcza pozostawia odwołanie bez rozpatrzenia, informując o tym na piśmie płatnika składek i pouczając jednocześnie o możliwości wniesienia skargi do sądu administracyjnego;
- 2) sąd, uwzględniając skargę, stwierdza tylko, że ocena projektu została przeprowadzona z naruszeniem procedury konkursowej lub innymi naruszeniami formalnymi, i nie przekazuje sprawy do ponownego rozpatrzenia.

Art. 37g. Do rozpatrzenia wniosku o dofinansowanie oraz do procedury odwoławczej nie stosuje się przepisów ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. – Kodeks postępowania administracyjnego (Dz. U. z 2017 r. poz. 1257 oraz z 2018 r. poz. 149 i 650).

Art. 37h. Płatnik składek jest obowiązany do zwrotu przyznanego dofinansowania wraz z odsetkami liczonymi od następnego dnia po przekazaniu środków na rachunek bankowy płatnika składek do dnia ich zwrotu w przypadku:

- 1) rezygnacji lub odstąpienia od realizacji projektu;
- 2) niewykonania zobowiązań wynikających z zawartej umowy o dofinansowanie;
- 3) odmowy poddania projektu kontroli w trakcie jego realizacji lub po jego zakończeniu;
- 4) realizacji projektu w sposób niezgodny z wnioskiem o dofinansowanie projektu;
- 5) wykorzystania dofinansowania niezgodnie z przeznaczeniem.

Rozdział 6

Zmiany w przepisach obowiązujących oraz przepisy przejściowe i końcowe

Art. 38–45. (pominięte)

Art. 46. Do wniosków o jednorazowe odszkodowanie zgłoszonych przed dniem wejścia w życie ustawy stosuje się przepisy obowiązujące w dniu wydania orzeczenia o uszczerbku na zdrowiu lub stwierdzającego związek śmierci z wypadkiem albo chorobą zawodową.

Art. 47. 1. Przepisy ustawy stosuje się do wniosków o jednorazowe odszkodowanie z tytułu wypadku przy prowadzeniu działalności pozarolniczej lub współpracy przy jej prowadzeniu, który nastąpił po dniu 31 grudnia 1998 r., a przed dniem wejścia w życie ustawy, o ile wniosek został złożony w okresie 6 miesięcy od dnia wejścia w życie ustawy, z zastrzeżeniem ust. 3.

2. Przepisy ustawy stosuje się do wniosków o jednorazowe odszkodowanie z tytułu:

- 1) powstałego po dniu 31 grudnia 1998 r., a przed dniem wejścia w życie ustawy, uszczerbku na zdrowiu z tytułu choroby zawodowej pozostającej w związku z prowadzeniem działalności pozarolniczej lub współpracą przy jej prowadzeniu,
- 2) śmierci ubezpieczonego lub rencisty po dniu 31 grudnia 1998 r., a przed dniem wejścia w życie ustawy, pozostającej w związku z chorobą, o której mowa w pkt 1

– o ile wniosek został złożony w okresie 6 miesięcy od dnia wejścia w życie ustawy, z zastrzeżeniem ust. 3.

3. Osobom zgłaszającym wnioski zgodnie z ust. 1 lub 2 jednorazowe odszkodowanie nie przysługuje w razie występowania w dniu złożenia wniosku zadłużenia z tytułu składek na ubezpieczenia społeczne na kwotę przekraczającą 2,00 zł i nieuregulowania tego zadłużenia do dnia 30 czerwca 2003 r.

Art. 48. (pominięty)

Art. 48a. 1. Przepisy ustawy stosuje się do wypadków funkcjonariuszy Służby Celnej przy wykonywaniu obowiązków służbowych, które nastąpiły po dniu 31 grudnia 2002 r.

2. Przepisy ustawy stosuje się do wniosków o świadczenia z tytułu choroby zawodowej funkcjonariuszy Służby Celnej zgłoszonych po dniu 31 grudnia 2002 r.

Art. 49. 1. Wnioski o świadczenia z tytułu wypadków w drodze do pracy lub z pracy, które miały miejsce przed dniem wejścia w życie ustawy, podlegają rozpatrzeniu na podstawie przepisów dotychczasowych.

2. Wysokość jednorazowego odszkodowania z tytułu śmierci lub uszczerbku na zdrowiu powstałego w wyniku wypadków, o których mowa w ust. 1, ustala się w oparciu o stawki jednorazowego odszkodowania obowiązujące w grudniu 2002 r.

3. Wnioski o świadczenia z tytułu wypadków w szczególnych okolicznościach zaistniałych przed dniem wejścia w życie ustawy rozpatruje się na podstawie przepisów obowiązujących w dniu wypadku.

Art. 49a. 1. Przepisy ustawy stosuje się do spraw o świadczenia z tytułu wypadków przy pracy, które nastąpiły począwszy od dnia 1 stycznia 2003 r. Dotyczy to także świadczeń z tytułu chorób zawodowych, jeżeli uszczerbek na zdrowiu spowodowany taką chorobą został stwierdzony po dniu 31 grudnia 2002 r., z zastrzeżeniem ust. 3.

2. Do spraw o świadczenia z tytułu wypadków, które nastąpiły przed dniem 1 stycznia 2003 r., oraz z tytułu uszczerbku na zdrowiu spowodowanego chorobą zawodową, a stwierdzonego przed tą datą, stosuje się przepisy obowiązujące w dniu, w którym nastąpił wypadek lub w którym stwierdzono uszczerbek na zdrowiu spowodowany chorobą zawodową.

3. Do spraw o świadczenia z tytułu uszczerbku na zdrowiu stwierdzonego po dniu 31 grudnia 2002 r., a spowodowanego chorobą zawodową powstałą w zatrudnieniu lub podczas prowadzenia pozarolniczej działalności lub współpracy przy jej prowadzeniu, narażających na tę chorobę, które ustało przed dniem 1 stycznia 2003 r., stosuje się przepisy obowiązujące w dniu ustania tego zatrudnienia lub działalności (współpracy).

Art. 50. 1. Renty z tytułu niezdolności do pracy, renty szkoleniowe oraz renty rodzinne, przyznane na podstawie przepisów wymienionych w art. 61, stają się rentami w rozumieniu niniejszej ustawy.

2. Ponowne ustalenie wysokości świadczeń, o których mowa w ust. 1, z uwzględnieniem zasady określonej w art. 17 ust. 3, następuje na wniosek osoby uprawnionej.

3. Zakład informuje osoby pobierające w dniu wejścia w życie ustawy renty z tytułu niezdolności do pracy oraz renty rodzinne, przyznane na podstawie przepisów dotychczasowych – o obowiązujących od dnia 1 stycznia 2003 r. warunkach pobierania świadczeń w związku z osiągnięciem przychodów.

Art. 51. 1. Osobom, którym przed dniem wejścia w życie ustawy wypłacono jednorazowe odszkodowanie, a po tym dniu nastąpiło pogorszenie ich stanu zdrowia, będące następstwem choroby zawodowej lub wypadku, z tytułu którego wypłacono już odszkodowanie, zwiększa się to odszkodowanie według zasad określonych w art. 12 ust. 2–4.

2. Zakład wypłaca kwotę, o którą nastąpiło zwiększenie jednorazowego odszkodowania.

Art. 52. 1. Członkom rodziny pozostałym po:

- 1) renciście pobierającym rentę z tytułu wypadku w drodze do pracy lub z pracy, którego śmierć nastąpiła po wejściu w życie ustawy, wskutek takiego wypadku,
- 2) renciście pobierającym rentę z tytułu wypadku w szczególnych okolicznościach lub z tytułu choroby zawodowej pozostającej w związku ze szczególnymi okolicznościami, którego śmierć nastąpiła po wejściu w życie ustawy, wskutek takiego wypadku lub choroby zawodowej,

przysługuje renta rodzinna na warunkach określonych w art. 17 i jednorazowe odszkodowanie na warunkach określonych w art. 13 i 14.

2. Przy orzekaniu związku śmierci rencisty z wypadkiem lub chorobą zawodową przepis art. 16 stosuje się odpowiednio.

Art. 53. (pominięty)

Art. 54. (pominięty)

Art. 55. 1. Jednorazowe odszkodowanie za każdy procent stałego lub długotrwałego uszczerbku na zdrowiu przysługuje w wysokości:

- 1) 16% przeciętnego wynagrodzenia – w okresie od dnia 1 kwietnia 2003 r. do dnia 31 marca 2004 r.;
- 2) 17% przeciętnego wynagrodzenia – w okresie od dnia 1 kwietnia 2004 r. do dnia 31 marca 2005 r.;

- 3) 18% przeciętnego wynagrodzenia – w okresie od dnia 1 kwietnia 2005 r. do dnia 31 marca 2006 r.;
- 4) 19% przeciętnego wynagrodzenia – w okresie od dnia 1 kwietnia 2006 r. do dnia 31 marca 2007 r.

2. Przepisy ust. 1 stosuje się odpowiednio do zwiększenia jednorazowego odszkodowania, o którym mowa w art. 12 ust. 2.

Art. 56. (pominięty)

Art. 57. Ilekroć przepisy odsyłają do przepisów o świadczeniach z tytułu wypadków przy pracy i chorób zawodowych, należy przez to rozumieć przepisy niniejszej ustawy.

Art. 58. W zakresie nieuregulowanym ustawą stosuje się odpowiednio przepisy ustawy o świadczeniach pieniężnych w razie choroby i macierzyństwa oraz ustawy o emeryturach i rentach z FUS.

Art. 59. Do czasu wydania przepisów wykonawczych przewidzianych w ustawie pozostają w mocy przepisy wykonawcze wydane na podstawie ustawy, o której mowa w art. 61 pkt 2, jeżeli nie są sprzeczne z przepisami niniejszej ustawy.

Art. 60. Przepisy:

- 1) art. 34 ust. 3 stosuje się poczynając od składek należnych za okres od dnia 1 kwietnia 2006 r.;
- 2) art. 36 stosuje się do kontroli przeprowadzonych u płatników składek nie wcześniej niż w dniu wejścia w życie ustawy.

Art. 61. Tracą moc:

- 1) ustawa z dnia 27 września 1973 r. o zaopatrzeniu emerytalnym twórców i ich rodzin (Dz. U. z 1983 r. poz. 145, z późn. zm.³⁾);
- 2) ustawa z dnia 12 czerwca 1975 r. o świadczeniach z tytułu wypadków przy pracy i chorób zawodowych (Dz. U. z 1983 r. poz. 144, z późn. zm.⁴⁾);

³⁾ Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 1986 r. poz. 202, z 1989 r. poz. 190, z 1990 r. poz. 206, z 1991 r. poz. 450, z 1995 r. poz. 17, z 1996 r. poz. 461, z 1997 r. poz. 153 oraz z 1998 r. poz. 887 i 1118.

⁴⁾ Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 1989 r. poz. 192, z 1990 r. poz. 206, z 1991 r. poz. 422, z 1995 r. poz. 17, z 1996 r. poz. 110 i 461, z 1998 r. poz. 668 i 1118 oraz z 2002 r. poz. 713.

- 3) ustawa z dnia 19 grudnia 1975 r. o ubezpieczeniu społecznym osób wykonujących pracę na podstawie umowy agencyjnej lub umowy zlecenia (Dz. U. z 1995 r. poz. 333, z późn. zm.⁵⁾);
- 4) dekret z dnia 4 marca 1976 r. o ubezpieczeniu społecznym członków rolniczych spółdzielni produkcyjnych i spółdzielni kółek rolniczych oraz ich rodzin (Dz. U. z 1983 r. poz. 135, z późn. zm.⁶⁾);
- 5) ustawa z dnia 18 grudnia 1976 r. o ubezpieczeniu społecznym osób prowadzących działalność gospodarczą oraz ich rodzin (Dz. U. z 1989 r. poz. 250, z późn. zm.⁷⁾);
- 6) ustawa z dnia 17 maja 1989 r. o ubezpieczeniu społecznym duchownych (Dz. U. poz. 156, z późn. zm.⁸⁾).

Art. 62. Ustawa wchodzi w życie z dniem 1 stycznia 2003 r., z wyjątkiem:

- 1) art. 45 pkt 3, art. 50 ust. 3 i art. 56, które wchodzi w życie z dniem ogłoszenia⁹⁾;
- 2) art. 40, który wchodzi w życie z dniem 1 października 2003 r.

⁵⁾ Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 1995 r. poz. 617, z 1996 r. poz. 461, z 1997 r. poz. 153, z 1998 r. poz. 887 i 1118 oraz z 1999 r. poz. 636.

⁶⁾ Zmiany tekstu jednolitego wymienionego dekretu zostały ogłoszone w Dz. U. z 1989 r. poz. 190, z 1990 r. poz. 206, z 1991 r. poz. 450, z 1995 r. poz. 17, z 1996 r. poz. 461, z 1997 r. poz. 153, z 1998 r. poz. 1118 oraz z 1999 r. poz. 636.

⁷⁾ Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 1990 r. poz. 206, z 1991 r. poz. 450 i 474, z 1995 r. poz. 17, z 1996 r. poz. 461 i 585, z 1997 r. poz. 153, z 1998 r. poz. 668, 887 i 1118 oraz z 1999 r. poz. 636.

⁸⁾ Zmiany wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 1990 r. poz. 206, z 1991 r. poz. 450, z 1995 r. poz. 17, z 1996 r. poz. 461, z 1997 r. poz. 153, z 1998 r. poz. 887 i 1118 oraz z 1999 r. poz. 636.

⁹⁾ Ustawa została ogłoszona w dniu 28 listopada 2002 r.