

678.

**ROZPORZĄDZENIE  
MINISTRA OPIEKI SPOŁECZNEJ**

z dnia 20 sierpnia 1932 r.

**w sprawie zmiany niektórych postanowień rozporządzenia z dnia 22 grudnia 1927 r. o wykonaniu rozporządzenia Prezydenta Rzeczypospolitej z dnia 24 listopada 1927 r. o ubezpieczeniu pracowników umysłowych.**

Na podstawie art. 168 ust. 1 rozporządzenia Prezydenta Rzeczypospolitej z dnia 24 listopada 1927 r. o ubezpieczeniu pracowników umysłowych (Dz. U. R. P. Nr. 106, poz. 911) w brzmieniu rozporządzenia Prezydenta Rzeczypospolitej z dnia 6 marca 1928 r. (Dz. U. R. P. Nr. 26, poz. 231) oraz art. 1 rozporządzenia Prezydenta Rzeczypospolitej z dnia 12 lipca 1932 r. o wprowadzeniu nazwy „Ministerstwo Opieki Społecznej” i „Ministerstwo Opieki Społecznej” (Dz. U. R. P. Nr. 64, poz. 597) zarządzam co następuje:

**§ 1.** Paragrafy 16, 17, 18 i 26 rozporządzenia z dnia 22 grudnia 1927 r. o wykonaniu rozporządzenia Prezydenta Rzeczypospolitej z dnia 24 listopada 1927 r. o ubezpieczeniu pracowników umysłowych (Dz. U. R. P. Nr. 118, poz. 1016), otrzymują brzmienie następujące:

1) „§ 16. Pracowników umysłowych, którzy objęli w ciągu miesiąca kalendarzowego zatrudnienie, uzasadniające obowiązek ubezpieczenia, o ile zatrudnienie to trwało przynajmniej 14 dni w ciągu tego miesiąca, obowiązany jest pracodawca, bez względu na to, czy pracownicy ci byli poprzednio ubezpieczeni, zgłosić do właściwego Zakładu Ubezpieczeń Pracowników Umysłowych na formularzu Nr. 1 (wzór Nr. 1) najpóźniej do 10 dnia miesiąca kalendarzowego, następującego po miesiącu, w którym powstał obowiązek ubezpieczenia. Zgłoszenie to ma być podpisane przez pracodawcę i pracownika”.

2) „§ 17. Pracodawca jest obowiązany zawiadomić Zakład Ubezpieczeń Pracowników Umysłowych w terminie, określonym w § 16 o ustaniu obowiązku ubezpieczenia pracownika oraz o wszelkich zmianach, jakie nastąpiły w ciągu ubiegłego miesiąca kalendarzowego w wynagrodzeniu pracownika, jako też w jego stosunkach służbowych i rodzinnych. Zawiadomienia należy uskuteczniać na formularzu Nr. 2 (wzór Nr. 2), oddzielnie dla każdego pracownika”.

3) „§ 18. Pracodawca jest obowiązany przesyłać na żądanie Zakładu Ubezpieczeń Pracowników Umysłowych w terminie przez Zakład oznaczonym, sporządzony na formularzu Nr. 3 (wzór Nr. 3) wykaz imienny wszystkich zatrudnionych u niego w określonym dniu pracowników umysłowych, podlegających obowiązkowi ubezpieczenia”.

4) „§ 26. Pracowników umysłowych, posiadających warunki, określone w art. 2 do 4, a żądających zwolnienia od obowiązku ubezpieczenia z powodów, wymienionych w art. 6, zgłasza pracodawca na formularzu Nr. 4 (wzór Nr. 4), podając powód, uzasadniający prawo żądania tego zwolnienia oraz dołączając odpowiednie dowody.

Jeżeli Zakład Ubezpieczeń Pracowników Umysłowych, po ewentualnym przeprowadzeniu dochodzeń, stwierdzi brak warunków uzasadniających prawo żądania zwolnienia od obowiązku ubezpieczenia, doręcza pracownikowi i pracodawcy orzeczenie o uznaniu obowiązku ubezpieczenia i wezwanie do skutecznego zgłoszenia w myśl § 16 z pouczeniem o przysługujących im środkach prawnych”.

**§ 2.** W § 21 dodaje się następujący ustęp, jako ustęp pierwszy:

„Na żądanie pracodawcy lub pracownika oraz w innych wypadkach, gdy zachodzi potrzeba, Zakład Ubezpieczeń Pracowników Umysłowych wydaje orzeczenia o obowiązku ubezpieczenia pracownika z pouczeniem o przysługujących środkach prawnych”.

**§ 3.** Dotychczasowe formularze Nr. 1 — 4, ogłoszone jako wzory Nr. Nr. 1 — 4 do rozporządzenia z dnia 22 grudnia 1927 r. (Dz. U. R. P. Nr. 118, poz. 1016), zastępuje się nowymi formularzami, według wzorów Nr. Nr. 1—4, podanych w załącznikach do niniejszego rozporządzenia.

**§ 4.** Rozporządzenie niniejsze wchodzi w życie z dniem ogłoszenia z tem, że postanowienia §§ 1 i 3 będą stosowane na poszczególnych obszarach, objętych działaniem Zakładów Ubezpieczeń Pracowników Umysłowych, z dniem ogłoszenia w dzienniku urzędowym „Monitor Polski” zmiany statutu danego zakładu, dokonanej w myśl niniejszego rozporządzenia.  
Minister Opieki Społecznej: *Hubicki*

Załączniki do rozp. Ministra Opieki  
Społecznej z dnia 20 sierpnia 1932 r.  
(poz. 678).

Formularz Nr. 1.

Wzór Nr. 1.

### ZAKŁAD UBEZPIECZEŃ PRACOWNIKÓW UMYSŁOWYCH

w..... ul..... Nr.....

(Nr. konta P. K. O.....)

Województwo .....

Powiat .....

Nr. konta pracodawcy .....

Miejscowość .....

#### Zgłoszenie do ubezpieczenia nowoprzyjętego pracownika:

Pracodawca: p. (firma).....

(wymienić imię i nazwisko wzgl. firmę oraz rodzaj przedsiębiorstwa)

adres.....

1) Nazwisko i imię pracownika: p.....  
oraz panińskie nazwisko mężatki:.....

2) Charakter służbowy, tytuł służbowy i wykonywane czynności służbowe.....  
.....  
.....

3) a) Wysokość miesięcznego wynagrodzenia\*).....  
.....  
.....

b) Wysokość składki łącznej \*\*).....  
.....

4) Data rozpoczęcia zgłaszanego zatrudnienia.....

5) a) Poprzednio ubezpieczony w Zakładzie Ubezp. Prac. Umysł. w .....

b) Nr. karty ubezpieczeniowej .....

6) Data i miejsce urodzenia pracownika \*\*\*).....

U W A G I: \*) Sumarycznie podać w stosunku miesięcznym wysokość wynagrodzenia pobieranego w pierwszym miesiącu pracy przy uwzględnieniu:

a) stałego wynagrodzenia w gotówce (art. 11),

b) wartości gotówkowej wynagrodzenia w naturze (opał i światło, utrzymanie i inne świadczenia w naturze),

c) wynagrodzenia zmiennego (art. 12) (tantjemy, prowizje i t. p.).

O ile zgłoszenie jest spóźnione, podać wysokość wynagrodzenia we wszystkich poprzednich miesiącach.

\*\*\*) Pod składką łączną należy rozumieć sumę pełnych składek miesięcznych: emerytalnej i na wypadek braku pracy.

\*\*\* Rubryki od 6 do 13 należy wypełniać w tym wypadku, gdy pracownik umysłowy po raz pierwszy zostaje zgłoszony do ubezpieczenia i w razie zagubienia przez pracownika karty ubezpieczeniowej.

7) Przynależność państwowa pracownika.....

8) Wykształcenie pracownika z podaniem zakładu naukowego i lat nauki (w szczególności, czy ukończył szkołę dokształcającą, o ile jest sprzedawcą lub ekspedjentem).....

9) Stan cywilny (wolny, żonaty, zamężna, wdowiec, wdowa) .....

10) Data zawarcia małżeństwa.....

11) Imię i nazwisko (rodowe) żony, miejsce i data jej urodzenia .....

12) Imiona dzieci, miejsce i data ich urodzenia .....

13) Poprzednie zatrudnienia w ostatnich pięciu latach, **o ile nie był ubezpieczony**, przyczem sprzedawcy i ekspedjenci, którzy nie mają ukończonych sześciu klas szkoły średniej ogólnokształcącej lub ukończonej szkoły średniej zawodowej (handlowej), podają, w jakim czasie i u kogo odbyli praktykę handlową

a) u ..... w .....  
 od ..... do .....  
 w charakterze ..... z płacą .....

b) .....

c) .....

14) Uwagi: .....

W..... dnia..... 19..... r.

Podpis pracodawcy (firmy):

Przyjmuję do wiadomości, że pracodawca zgłosił powyższe dane do Zakładu Ubezpieczeń Pracowników Umysłowych w....., przyczem stwierdzam prawdziwość danych zawartych w punktach 1 oraz 5 do 13.

Podpis pracownika

adres

Formularz Nr. 2.

Wzór Nr. 2.

**ZAKŁAD UBEZPIECZEŃ PRACOWNIKÓW UMYSŁOWYCH**

w..... ul..... Nr.....  
(Konto P. K. O.....).

Województwo .....  
Powiat .....  
Miejscowość .....

Nr. konta pracodawcy .....  
Nr. karty ubezpieczonego .....

**Zgłoszenie ustania obowiązku ubezpieczenia lub zmian w stosunkach służbowych (wynagrodzeniu) i rodzinnych pracownika.**(art. 106 rozp. Prezydenta Rzeczypospolitej o ubezpieczeniu pracowników umysłowych) <sup>1)</sup>

Pracodawcy: nazwisko i imię (firma)..... adres.....

Pracownika: nazwisko i imię .....

I. Obowiązek ubezpieczenia ustał z dniem ..... <sup>2)</sup>II. a) Wysokość miesięcznego wynagrodzenia od dnia..... wynosi.....  
..... zł..... gr <sup>3)</sup>.....

b) Wysokość składki łącznej wynosi..... zł..... gr

III. Zmiany stosunków rodzinnych <sup>4)</sup>.....

Odnosne dane wpisano do karty ubezpieczeniowej dnia.....

W..... dnia..... 19..... r.

Podpis pracodawcy (firmy)  
.....

Przyjmuję do wiadomości, że pracodawca zgłosił powyższe dane do Zakładu Ubezpieczeń Pracowników Umysłowych w....., przyczem stwierdzam prawdziwość danych, zawartych w p. III.

Podpis pracownika  
.....

adres.....

- UWAGI:** <sup>1)</sup> Zgłoszenie powinno być skuteczne w myśl art. 106 najpóźniej do 10 dnia miesiąca kalendarzowego, następującego po miesiącu, w którym ustał obowiązek ubezpieczenia lub nastąpiła zmiana w stosunkach służbowych, wynagrodzeniu wzgl. rodzinnych pracownika.
- <sup>2)</sup> Obowiązek ubezpieczenia ustaje z końcem miesiąca kalendarzowego, w którym osoba ubezpieczona straciła zajęcie lub charakter pracownika umysłowego (vide art. 7 ust. 2).
- <sup>3)</sup> Sumarycznie podać w stosunku miesięcznym wysokość zmienionego wynagrodzenia przy uwzględnieniu:
- stałego wynagrodzenia w gotówce (art. 11),
  - wartości gotówkowej wynagrodzenia w naturze (opał i światło, utrzymanie i inne świadczenia w naturze),
  - wynagrodzenia zmiennego (art. 12) (tantjemy, prowizje i t. p.).
- O ile nie zgłoszono poprzednich zmian w wynagrodzeniu, należy podać wysokość wynagrodzenia w poprzednich miesiącach.
- <sup>4)</sup> Należy zgłaszać: 1) datę zawarcia ślubów małżeńskich oraz datę urodzenia, imię i nazwisko (panieńskie) żony wzgl. nazwisko męża, 2) datę i miejsce urodzenia oraz imiona dzieci, 3) datę śmierci żony i dzieci.
- Pracodawca jest obowiązany zawiadomić o tych zmianach w stosunkach rodzinnych, o których został powiadomiony przez pracownika (art. 106 ust. 2).

Formularz Nr. 3.

Wzór Nr. 3.

**ZAKŁAD UBEZPIECZEN PRACOWNIKÓW UMYSŁOWYCH**

w..... ul..... Nr.....

(Konto P. K. O.....).

Województwo .....

Powiat .....

Miejscowość .....

Rok .....

Nr. konta pracodawcy .....

**W y k a z**

pracowników umysłowych, zatrudnionych w dniu..... 19..... r.

u p..... (wymienić imię i nazwisko względnie firmę)..... podlegających obowiązkowi ubezpieczenia

w myśl rozporządzenia Prezydenta Rzeczypospolitej z dnia 24 listopada 1927 r. o ubezpieczeniu pracowników umysłowych (Dz. U. R. P. Nr. 106, poz. 911).

L. p.	Nazwisko i imię pracownika	L. karty ubezpie- czeniowej	Wysokość mie- sięcznego wy- nagrodzenia <sup>1)</sup> w miesiącu ..... złotych	U w a g i

<sup>1)</sup> Sumarycznie podać w stosunku miesięcznym wysokość wynagrodzenia przy uwzględnieniu: a) stałego wynagrodzenia w gotówce (art. 11), b) wartości gotówkowej wynagrodzenia w naturze (światło i opał, utrzymanie i inne świadczenia w naturze), c) wynagrodzenia zmiennego (art. 12) (tantjemy, prowizje i t. p.).

Formularz Nr. 4.

Wzór Nr. 4.

**ZAKŁAD UBEZPIECZEŃ PRACOWNIKÓW UMYSŁOWYCH**

w..... ul..... Nr.....

Województwo .....

Powiat .....

Nr. karty pracodawcy .....

Miejscowość .....

**Wykaz pracowników umysłowych**

pracodawcy: p. (firma) .....  
 żądających zwolnienia od obowiązku ubezpieczenia w myśl art. 6 rozporządzenia Prezydenta Rzeczypospolitej z dnia 24 listopada 1927 r. o ubezpieczeniu pracowników umysłowych (Dz. U. R. P. Nr. 106, poz. 911).

L. p.	Nazwisko i imię pracownika	Powód żądania zwolnienia od obowiązku ubezpieczenia (z powołaniem się na przepis rozporządzenia Prezydenta — artykuł i odnośny punkt)	Podpis pracownika żądającego zwolnienia

W..... dnia..... 19.....

Podpis pracodawcy (firmy)

.....  
 adres.....

**U W A G A :** Do wykazu niniejszego dołączyć należy odnośne dokumenty lub zaświadczenia celem stwierdzenia podanych powodów zwolnienia.

(treść art. 6).