. . . . . .
Pieczątka płatnika składek [1]

ZAŚWIADCZENIE PŁATNIKA SKŁADEK

Przed wypełnieniem należy zapoznać się z pouczeniem

(wypełnia płatnik składek)

DANE IDENTYFIKACYJNE PŁATNIKA SKŁADEK

01. Numer NIP (wpisać bez kresek) (1)

02. Numer REGON (1)

03. Numer PESEL

04. Rodzaj dokumentu tożsamości: jeśli dowód osobisty, wpisać 1, jeśli inny dokument – 2

05. Seria i numer dokumentu

06. Nazwa skrócona

07. Nazwisko

08. Imię

(1) Należy wpisać numery NIP i REGON, a jeżeli nie nadano tych numerów albo jednego z nich, należy wpisać numer PESEL lub serię i numer dowodu osobistego albo innego dokumentu potwierdzającego tożsamość.

DANE ADRESOWE PŁATNIKA SKŁADEK – ADRES SIEDZIBY

01. Kod pocztowy –

02. Poczta

03. Gmina/Dzielnica

04. Miejscowość

05. Ulica

06. Numer domu

07. Numer lokalu

08. Numer telefonu (1)

09. Symbol państwa (2)(3)

10. Zagraniczny kod pocztowy (2)

11. Nazwa państwa (2)

12. Adres poczty elektronicznej (1)

(1) Podanie numeru telefonu i adresu poczty elektronicznej nie jest obowiązkowe.
(2) Wypełnić w przypadku, gdy adres jest inny niż polski.
(3) Podanie symbolu państwa nie jest konieczne, jeżeli wniosek jest zgłaszany w formie papierowej.

DANE IDENTYFIKACYJNE UBEZPIECZONEGO

01. Numer PESEL (1)

02. Rodzaj dokumentu tożsamości: jeśli dowód osobisty, wpisać 1, jeśli inny dokument – 2

03. Seria i numer dokumentu

04. Nazwisko

05. Imię

06. Data urodzenia (dd/mm/rrrr)

(1) Należy wpisać numer PESEL, a jeżeli nie nadano tego numeru, należy wpisać serię i numer dowodu osobistego albo innego dokumentu potwierdzającego tożsamość.

DANE ADRESOWE UBEZPIECZONEGO – ADRES ZAMIESZKANIA

01. Kod pocztowy – 02. Poczta

03. Gmina/Dzielnica

04. Miejscowość

05. Ulica

06. Numer domu 07. Numer lokalu 08. Symbol państwa (1)(2)

09. Zagraniczny kod pocztowy (1) 10. Nazwa państwa (1)

(1) Wypełnić w przypadku, gdy adres jest inny niż polski.
(2) Podanie symbolu państwa nie jest konieczne, jeżeli wniosek jest zgłaszany w formie papierowej.

Ubezpieczony:

występuje o: (należy zaznaczyć właściwy kwadrat)

☐ zasiłek chorobowy ☐ zasiłek opiekuńczy ☐ zasiłek macierzyński ☐ świadczenie rehabilitacyjne

za okres od: Data od (dd/mm/rrrr) do: Data do (dd/mm/rrrr) seria i numer zaśw. lek. [2] . . . . . .

za okres od: Data od (dd/mm/rrrr) do: Data do (dd/mm/rrrr) seria i numer zaśw. lek. [2] . . . . . .

za okres od: Data od (dd/mm/rrrr) do: Data do (dd/mm/rrrr) seria i numer zaśw. lek. [2] . . . . . .

1. Jest objęty: (należy zaznaczyć właściwy kwadrat)

– ubezpieczeniem w razie choroby i macierzyństwa (ubezpieczenie chorobowe) ☐ TAK ☐ NIE

– ubezpieczeniem z tytułu wypadków przy pracy i chorób zawodowych (ubezpieczenie wypadkowe) ☐ TAK ☐ NIE

jako: (należy zaznaczyć właściwy kwadrat)

1) ☐ osoba wykonująca pozarolniczą działalność,

2) ☐ osoba współpracująca z osobą prowadzącą pozarolniczą działalność,

3) ☐ duchowny.

2. Niezdolność do pracy powstała z powodu: (należy zaznaczyć właściwy kwadrat)

☐ choroby zawodowej ☐ wypadku przy pracy ☐ wypadku w drodze do pracy lub z pracy

Dokumentem potwierdzającym jest: ☐ decyzja ☐ karta wypadku

nr . . . . . z dnia Data (dd/mm/rrrr)

Numer rachunku bankowego ubezpieczonego [3]:

.....	.....	.....
(Miejscowość)	(Data: dd/mm/rrrr)	Podpis i pieczątka osoby upoważnionej [4]

POUCZENIE

Podstawa prawna: ustawa z dnia 25 czerwca 1999 r. o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa (Dz.U. z 2016 r. poz. 372) oraz ustawa z dnia 30 października 2002 r. o ubezpieczeniu społecznym z tytułu wypadków przy pracy i chorób zawodowych (Dz.U. z 2015 r. poz. 1242 ze zm.).

Osoby podlegające ubezpieczeniu chorobowemu z tytułu:
1) wykonywania pozarolniczej działalności,
2) współpracy z osobami prowadzącymi pozarolniczą działalność,
3) bycia duchownym

nabywają prawo do zasiłku chorobowego z ubezpieczenia chorobowego po upływie 90 dni nieprzerwanego ubezpieczenia chorobowego.

Do 90-dniowego okresu ubezpieczenia chorobowego wlicza się poprzednie okresy ubezpieczenia chorobowego, jeżeli przerwa między nimi nie przekroczyła 30 dni lub była spowodowana urlopem bezpłatnym, urlopem wychowawczym albo odbywaniem czynnej służby wojskowej przez żołnierza niezawodowego. Do okresu ubezpieczenia chorobowego wlicza się również okresy ubezpieczenia społecznego przed dniem 1 stycznia 1999 r. Warunek posiadania okresu ubezpieczenia chorobowego nie obowiązuje:
— absolwentów szkół oraz szkół wyższych, którzy zostali objęci ubezpieczeniem chorobowym w ciągu 90 dni od dnia ukończenia szkoły lub uzyskania dyplomu ukończenia studiów wyższych,
— osób, których niezdolność do pracy została spowodowana chorobą zawodową, wypadkiem przy pracy, wypadkiem w drodze do pracy lub z pracy,
— posłów i senatorów, którzy przystąpili do ubezpieczenia chorobowego w ciągu 90 dni do ukończenia kadencji.

Okoliczności wyłączające obowiązek posiadania 90-dniowego okresu ubezpieczenia chorobowego należy udokumentować.

Wypłaty świadczeń z tytułu wypadku przy pracy albo wypadku w drodze do pracy lub z pracy ZUS dokonuje po uprzednim uznaniu zdarzenia za taki wypadek, dlatego też należy dołączyć niezbędne dokumenty. W przypadku choroby zawodowej należy dołączyć decyzję o stwierdzeniu choroby zawodowej i zaświadczenie lekarza stwierdzające, że niezdolność do pracy jest spowodowana chorobą zawodową.

Zaświadczenia płatnika składek nie składa się w przypadku kolejnego zaświadczenia lekarskiego za okres nieprzerwanej niezdolności do pracy.

Płatnik składek jest zobowiązany poinformować terenową jednostkę organizacyjną ZUS o okolicznościach mających wpływ na prawo i wysokość zasiłku, które uległy zmianie w stosunku do podanych w zaświadczeniu płatnika składek.

[1] Pieczątka jest wymagana, jeżeli płatnik ją posiada, na dokumencie w formie papierowej.
[2] Wypełnić w przypadku zasiłku chorobowego albo zasiłku opiekuńczego z tytułu opieki nad chorym dzieckiem lub chorym innym członkiem rodziny.
[3] Podać w przypadku, gdy ubezpieczony wyraził wolę otrzymywania zasiłku na rachunek bankowy.
[4] Pieczątka jest wymagana na dokumencie w formie papierowej.

Skład: Poligrafia ZUS/W-wa; zam. nr 982/16