

Pieczętka płatnika składek, jeśli ją posiadasz

ZAŚWIADCZENIE PŁATNIKA SKŁADEK

Instrukcja wypełniania

Wypełnij to zaświadczenie i przekaż je do nas, jeżeli prowadzisz pozarolniczą działalność lub współpracujesz z osobą prowadzącą pozarolniczą działalność lub jesteś duchownym i mamy ustalić prawo do zasiłku chorobowego, zasiłku opiekuńczego, zasiłku macierzyńskiego lub świadczenia rehabilitacyjnego.

1. Wypełnij WIELKIMI LITERAMI
2. Pola wyboru zaznacz znakiem **X**
3. Wypełnij kolorem czarnym lub niebieskim (nie ołówkiem)
4. Zanim wypełnisz zaświadczenie, zapoznaj się z **Pouczeniem**

Dane płatnika składek

NIP	<input style="width: 100%;" type="text"/>		
Numer REGON	<input style="width: 100%;" type="text"/>		
	<i>Jeśli nie podałeś NIP, podaj REGON</i>		
Numer PESEL	<input style="width: 100%;" type="text"/>		
	<i>Jeśli nie masz nadanego NIP i REGON, podaj PESEL</i>		
Rodzaj, seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość	<input style="width: 100%;" type="text"/>		
	<i>Jeśli nie masz nadanego NIP, REGON i PESEL, podaj serię i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość</i>		
Nazwa albo imię i nazwisko	<input style="width: 100%;" type="text"/>		
Ulica	<input style="width: 100%;" type="text"/>		
Numer domu	<input style="width: 50%;" type="text"/>	Numer lokalu	<input style="width: 50%;" type="text"/>
Kod pocztowy	<input style="width: 50%;" type="text"/>	Miejscowość	<input style="width: 50%;" type="text"/>
Nazwa państwa	<input style="width: 100%;" type="text"/>		
	<i>Podaj, jeśli Twój adres jest inny niż polski</i>		

Dane osoby ubezpieczonej

Numer PESEL	<input style="width: 100%;" type="text"/>		
Rodzaj, seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość	<input style="width: 100%;" type="text"/>		
	<i>Jeśli nie ma nadanego PESEL, podaj serię i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość</i>		
Imię	<input style="width: 100%;" type="text"/>		
Nazwisko	<input style="width: 100%;" type="text"/>		
Ulica	<input style="width: 100%;" type="text"/>		
Numer domu	<input style="width: 50%;" type="text"/>	Numer lokalu	<input style="width: 50%;" type="text"/>
Kod pocztowy	<input style="width: 50%;" type="text"/>	Miejscowość	<input style="width: 50%;" type="text"/>
Nazwa państwa	<input style="width: 100%;" type="text"/>		
	<i>Podaj, jeśli adres jest inny niż polski</i>		

Ubezpieczony występuje o:

zasiłek chorobowy zasiłek opiekuńczy zasiłek macierzyński świadczenie rehabilitacyjne

za okres

Podaj okres od-do

Jeśli zaświadczenie lekarskie zostało wystawione w formie elektronicznej (e-ZLA) podaj, jeśli znasz – jego serię i numer

Informacje o ubezpieczonym

1. Czy jest objęty

ubezpieczeniem w razie choroby i macierzyństwa (*ubezpieczenie chorobowe*)

TAK NIE

ubezpieczeniem z tytułu wypadków przy pracy i chorób zawodowych
(*ubezpieczenie wypadkowe*)

TAK NIE

jako osoba prowadząca pozarolniczą działalność

jako osoba współpracująca z osobą prowadzącą pozarolniczą działalność

jako duchowny

2. Czy niezdolność do pracy powstała z powodu

choroby zawodowej

wypadku przy pracy

wypadku w drodze do pracy lub z pracy

TAK NIE

Jeśli TAK, to podaj dokument potwierdzający (decyzja/ karta wypadku), numer oraz datę jego sporządzenia

Rachunek bankowy

Podaj rachunek bankowy (nie powinien to być rachunek firmy)

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

Oświadczam, że dane zawarte w zaświadczeniu podałem zgodnie z prawdą. Jeżeli ulegną one zmianie, zobowiązuję się poinformować o nich ZUS.

Data

dd / mm / rrrr

Podpis i pieczęć osoby upoważnionej

POUCZENIE

Jeśli jesteś osobą, która:

- 1) prowadzi pozarolniczą działalność,
- 2) współpracuje z prowadzącym działalność,
- 3) jest duchownym

i podlegasz dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu, to masz prawo do **zasiłku chorobowego** z ubezpieczenia chorobowego po upływie 90 dni nieprzerwanego okresu tego ubezpieczenia (tzw. okres wyczekiwania). Do 90-dniowego okresu ubezpieczenia chorobowego wlicza się poprzednie okresy ubezpieczenia chorobowego (dobrowolnego lub obowiązkowego), jeśli przerwa między nimi nie przekroczyła 30 dni lub była spowodowana urlopem bezpłatnym, urlopem wychowawczym albo odbywaniem czynnej służby wojskowej przez żołnierza niezawodowego.

Od pierwszego dnia ubezpieczenia chorobowego będziesz miał prawo do zasiłku chorobowego, jeśli:

- jesteś absolwentem szkoły lub studiów wyższych i przystąpiłeś do dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego w ciągu 90 dni od ukończenia szkoły lub uzyskania dyplomu,
 - Twoja niezdolność do pracy jest spowodowana wypadkiem w drodze do pracy lub z pracy,
 - byłeś posłem lub senatorem i zostałeś objęty dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym w ciągu 90 dni od ukończenia kadencji.
- W celu udokumentowania, że przysługuje Ci prawo do zasiłku chorobowego z ubezpieczenia chorobowego od pierwszego dnia tego ubezpieczenia powinieneś przedłożyć odpowiedni dokument tj.: dyplom ukończenia studiów/ świadectwo ukończenia szkoły/ dokument potwierdzający ukończenie kadencji posła lub senatora.

Jeśli Twoja niezdolność do pracy jest spowodowana **wypadkiem przy pracy** lub **chorobą zawodową**, masz prawo do zasiłku chorobowego z ubezpieczenia wypadkowego bez okresu wyczekiwania.

Jeśli miałeś **wypadek w drodze do pracy lub z pracy** albo **wypadek przy pracy**, do wniosku dołącz zawiadomienie o wypadku oraz dokumenty, które potwierdzają wypadek m.in.:

- Twoje oświadczenie,
- oświadczenia świadków,
- dokumenty o udzieleniu pierwszej pomocy medycznej.

Jeśli Twoja niezdolność do pracy jest następstwem **choroby zawodowej**, dołącz decyzję o stwierdzeniu choroby zawodowej i zaświadczenie lekarskie, które potwierdza, że Twoja aktualna niezdolność do pracy jest spowodowana chorobą zawodową.

Nie otrzymasz zasiłku chorobowego z ubezpieczenia wypadkowego, jeśli na dzień wypadku lub na dzień złożenia wniosku o zasiłek chorobowy z powodu choroby zawodowej masz zaległość w opłacaniu składek na ubezpieczenia społeczne na kwotę przekraczającą 6,60 zł.

Prawo do **zasiłku macierzyńskiego** i **opiekuńczego** przysługuje od pierwszego dnia ubezpieczenia chorobowego.

Zaświadczenia płatnika składek (Z-3b) nie składaj, jeśli lekarz wystawił Ci zwolnienie lekarskie na dalszy okres nieprzerwanej niezdolności do pracy na druku ZUS ZLA.

Jeśli lekarz wystawił Ci zwolnienie lekarskie na dalszy okres nieprzerwanej niezdolności do pracy w formie elektronicznej (e-ZLA) złóż:

- zaświadczenie płatnika składek (Z-3b) wypełnione do pkt. 1 sekcji *Informacje o ubezpieczonym* włącznie lub
- wniosek o zasiłek chorobowy ZAS-53 lub
- wydruk zaświadczenia lekarskiego wystawionego w formie elektronicznej (wydruk e-ZLA) lub
- zaświadczenie lekarskie wystawione na formularzu wydrukowanym z systemu teleinformatycznego (zaświadczenie lekarskie wystawione w trybie alternatywnym).

Ważne!

Zaświadczenie płatnika składek złóż w razie zmiany rodzaju pobieranego zasiłku. Nie dotyczy to świadczenia rehabilitacyjnego, jeżeli zaświadczenie płatnika składek złożyłeś do ustalenia prawa do zasiłku chorobowego.

Do wniosku o zasiłek chorobowy, zasiłek opiekuńczy, zasiłek macierzyński oraz świadczenie rehabilitacyjne dołącz dokumenty określone w rozporządzeniu Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej z 8 grudnia 2015 r. w sprawie zakresu informacji o okolicznościach mających wpływ na prawo do zasiłków z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa lub ich wysokość oraz dokumentów niezbędnych do przyznania i wypłaty zasiłków.

Podstawa prawna: ustawa z dnia 25 czerwca 1999 r. o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa, ustawa z dnia 30 października 2002 r. o ubezpieczeniu społecznym z tytułu wypadków przy pracy i chorób zawodowych oraz rozporządzenie Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej z 8 grudnia 2015 r. w sprawie zakresu informacji o okolicznościach mających wpływ na prawo do zasiłków z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa lub ich wysokość oraz dokumentów niezbędnych do przyznania i wypłaty zasiłków.