

Pieczęćka 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 albo osobą korzystającą z ulgi na start 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"/> | |
| REGON | <input style="width: 100%;" type="text"/> | |
| | Podaj, jeśli nie podałeś NIP | |
| PESEL | <input style="width: 100%;" type="text"/> | |
| | Podaj, jeśli nie masz nadanego NIP i REGON | |
| Rodzaj, seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość | <input style="width: 100%;" type="text"/> | |
| | Podaj, jeśli nie masz nadanego NIP, REGON i PESEL | |
| 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"/> | |
| | Podaj, jeśli Twój adres jest inny niż polski | |

Dane osoby ubezpieczonej

| | | |
|--|---|--|
| PESEL | <input style="width: 100%;" type="text"/> | |
| Data urodzenia | <input style="width: 100%;" type="text"/> | |
| | dd / mm / rrrr | |
| | Podaj, jeśli nie ma nadanego numeru PESEL | |
| Rodzaj, seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość | <input style="width: 100%;" type="text"/> | |
| | Podaj, jeśli nie ma nadanego numeru PESEL | |
| Imię | <input style="width: 100%;" type="text"/> | |
| Nazwisko | <input style="width: 100%;" type="text"/> | |

| | | |
|---|----------------------|-----------------------------------|
| Ulica | <input type="text"/> | |
| Numer domu | <input type="text"/> | Numer lokalu <input type="text"/> |
| Kod pocztowy | <input type="text"/> | Miejscowość <input type="text"/> |
| Nazwa państwa | <input type="text"/> | |
| Podaj, jeśli adres jest inny niż polski | | |

Rachunek bankowy

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| <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"/> |
|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|

Podaj, jeśli chcesz otrzymywać wypłatę zasiłku na rachunek bankowy. To pole jest dobrowolne. Jeśli nie wypełnisz tego pola, zasiłek wyślemy Tobie albo osobie współpracującej przekazem pocztowym na podany wyżej adres (nie powinien to być rachunek firmy)

Ubezpieczony występuje o:

zasiłek chorobowy
 zasiłek opiekuńczy
 zasiłek macierzyński
 świadczenie rehabilitacyjne

za okres

Podaj okres od–do i jeśli ubiegasz się o zasiłek chorobowy lub zasiłek opiekuńczy z powodu sprawowania opieki nad chorym członkiem rodziny, podaj – jeśli znasz – serię i numer zaświadczenia lekarskiego

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 osoba współpracująca z osobą korzystającą z ulgi na start

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

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

Data

| | | | | | | | |
|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| dd | / | mm | / | rrrr | | | |

Podpis upoważnionego pracownika, nr telefonu
oraz pieczętka zawierająca imię, nazwisko i stanowisko

Pouczenie

Zaświadczenie płatnika składek Z-3b złoż w razie zmiany rodzaju pobieranego zasiłku. Nie dotyczy to świadczenia rehabilitacyjnego, jeżeli zaświadczenie płatnika składek Z-3b 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. 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 do wniosku dołącz niezbędne dokumenty. W przypadku choroby zawodowej dołącz decyzję o stwierdzeniu choroby zawodowej i zaświadczenie lekarza, które stwierdza, że niezdolność do pracy jest spowodowana chorobą zawodową.

Co musisz złożyć, aby otrzymać zasiłek chorobowy lub opiekuńczy z powodu sprawowania opieki nad chorym członkiem rodziny

Aby otrzymać zasiłek, musisz w ZUS złożyć wniosek o zasiłek. Wnioskiem o zasiłek jest:

- jeśli otrzymałeś pierwsze zaświadczenie lekarskie – zaświadczenie płatnika składek (druk Z-3b) lub wniosek o zasiłek chorobowy (druk ZAS-53),
- jeśli otrzymałeś kolejne zaświadczenie lekarskie za okres nieprzerwanej niezdolności do pracy:
 - zaświadczenie płatnika składek (druk Z-3b) wypełnione tylko do pkt 1 sekcji *Informacje o ubezpieczonym* albo
 - wniosek o zasiłek chorobowy (druk ZAS-53), albo
 - wydruk zaświadczenia lekarskiego e-ZLA, jeśli otrzymałeś go od lekarza.

Jeśli otrzymałeś zaświadczenie lekarskie wystawione na formularzu wydrukowanym z systemu teleinformatycznego (zaświadczenie lekarskie wystawione w trybie alternatywnym) i lekarz nie wprowadził go do systemu (nie widzisz go na swoim profilu na portalu PUE ZUS), łącznie z Z-3b lub ZAS-53 przekaż do ZUS również otrzymane od lekarza zaświadczenie lekarskie.

Poinformuj ZUS o okolicznościach mających wpływ na prawo, wysokość i podstawę wymiaru zasiłku, który uległy zmianie w stosunku do podanych wcześniej.

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.

Informacje, o których mowa w art. 13 ust. 1 i 2 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (RODO), są dostępne w centrali lub terenowych jednostkach organizacyjnych ZUS oraz na stronie internetowej ZUS pod adresem <https://bip.zus.pl/rodo>