

## OŚWIADCZENIE

### Instrukcja wypełniania

Wypełnij oświadczenie i przekaż je do nas, jeśli ubiegasz się o zasiłek chorobowy lub świadczenie rehabilitacyjne po ustaniu zatrudnienia lub tytułu ubezpieczenia chorobowego lub wypadkowego.

Jeżeli złożyłeś wniosek o świadczenie rehabilitacyjne na druku ZNp-7 wypełnij pkt 5 i 6 Oświadczenia, o ile informacje podane we wniosku o świadczenie rehabilitacyjne nie uległy zmianie.

1. Wypełnij WIELKIMI LITERAMI
2. Pola wyboru zaznacz znakiem **X**
3. Wypełnij kolorem czarnym lub niebieskim (nie ołówkiem)
4. W oświadczeniu podaj adres do korespondencji w tej sprawie
5. Zanim wypełnisz oświadczenie, zapoznaj się z **Pouczeniem**

### Dane wnioskodawcy

PESEL

Data urodzenia

dd / mm / rrrr

Podaj, jeśli nie masz nadanego numeru PESEL

Rodzaj, seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość

Podaj, jeśli nie masz nadanego numeru PESEL

Imię

Nazwisko

Ulica

Numer domu  Numer lokalu

Kod pocztowy  Miejscowość

Nazwa państwa

Podaj, jeśli Twój adres jest inny niż polski

Numer telefonu

Podaj numer telefonu – to ułatwi nam kontakt w Twojej sprawie

### Występuję o

zasiłek chorobowy

świadczenie rehabilitacyjne

za okres po ustaniu tytułu ubezpieczenia

chorobowego

wypadkowego

## Oświadczenie

1. Czy masz ustalone prawo do

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> emerytury                        | <input type="checkbox"/> renty z tytułu niezdolności do pracy  |
| <input type="checkbox"/> wojskowej renty inwalidzkiej     | <input type="checkbox"/> renty z tytułu niezdolności do służby |
| <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE |  |

Jeśli **TAK**, podaj przez kogo zostało ustalone prawo do świadczenia oraz od kiedy zostało przyznane (dd/mm/rrrr)

2. Czy masz ustalone prawo do zagranicznej emerytury lub zagranicznej renty z tytułu niezdolności do pracy

- TAK  NIE

Jeśli **TAK**, podaj, przez kogo oraz od kiedy (dd/mm/rrrr) została przyznana

3. Czy złożyłeś wniosek o

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> emeryturę                               | <input type="checkbox"/> rentę z tytułu niezdolności do pracy  |
| <input type="checkbox"/> wojskową rentę inwalidzką               | <input type="checkbox"/> rentę z tytułu niezdolności do służby |
| <input type="checkbox"/> rodzicielskie świadczenie uzupełniające |  |

- TAK  NIE

Jeśli **TAK**, podaj gdzie złożyłeś wniosek oraz datę złożenia wniosku (dd/mm/rrrr)

4. Czy jesteś uprawniony do

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> zasiłku dla bezrobotnych                    | <input type="checkbox"/> zasiłku przedemerytalnego                    |
| <input type="checkbox"/> świadczenia przedemerytalnego               | <input type="checkbox"/> nauczycielskiego świadczenia kompensacyjnego |
| <input type="checkbox"/> rodzicielskiego świadczenia uzupełniającego | <input type="checkbox"/> dodatku solidarnościowego                    |

- TAK  NIE

|                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |
|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| <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  
Jeśli **TAK**, podaj od kiedy

5. Czy kontynuujesz lub podjąłeś inną działalność zarobkową

1) Czy  prowadzisz  małżonek prowadzi

– gospodarstwo rolne  TAK  NIE

Jeśli **TAK**, podaj o jakiej powierzchni (ha przeliczeniowych)

– dział specjalny  TAK  NIE

2) Czy podlegasz ubezpieczeniu społecznemu rolników  TAK  NIE

Jeśli **TAK**, to podaj czy podlegasz  obowiązkowo  dobrowolnie

3) Czy podlegasz ubezpieczeniu społecznemu rolników, jako domownik rolnika  TAK  NIE

Jeśli **TAK**, to podaj czy podlegasz  obowiązkowo  dobrowolnie

- 4) Czy prowadzisz działalność pozarolniczą lub współpracujesz z osobą prowadzącą działalność  TAK  NIE 

|  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|

  
Jeśli **TAK**, podaj od kiedy
- 5) Czy masz zawartą umowę o pracę  TAK  NIE 

|  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|

  
Jeśli **TAK**, podaj od kiedy
- 6) Jeżeli jesteś/ byłeś zatrudniony u dwóch lub więcej pracodawców, podaj czy korzystałeś z urlopu bezpłatnego u jednego pracodawcy podczas zatrudnienia u innego pracodawcy  
 TAK  NIE 

|  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|

  
Jeśli **TAK**, podaj okres od-do
- 7) Czy masz zawartą umowę zlecenia  TAK  NIE 

|  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|

  
Jeśli **TAK**, podaj od kiedy
- 8) Czy wykonujesz działalność zarobkową inną niż wymienioną w ppkt. 1-7  
 TAK  NIE 

|  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|

  
Jeśli **TAK**, podaj rodzaj działalności
6. Czy jesteś uprawniony do wypłacanego przez powiatowy urząd pracy
- stypendium
- dodatku aktywizacyjnego
- innego świadczenia pieniężnego z tytułu pozostawania bez pracy
- TAK  NIE 

|  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|

  
Jeśli **TAK**, podaj od kiedy

**Uwagi:**

|  |
|--|
|  |
|--|

**Rachunek bankowy**

Podaj swój rachunek bankowy, na który mamy przekazywać zasiłek chorobowy lub świadczenie rehabilitacyjne

|  |
|--|
|  |
|--|

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

Data

|  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|

  
dd / mm / rrrr

Czytelny podpis

## POUCZENIE

Zasiłek chorobowy po ustaniu tytułu ubezpieczenia chorobowego przysługuje, jeśli niezdolność do pracy z powodu choroby powstała:

- w czasie trwania zatrudnienia/ ubezpieczenia i trwa nieprzerwanie po ustaniu zatrudnienia/ ubezpieczenia,
- w ciągu 14 dni po ustaniu zatrudnienia/ ubezpieczenia i trwa nieprzerwanie co najmniej 30 dni,
- w ciągu 3 miesięcy (90 dni) po ustaniu zatrudnienia/ ubezpieczenia, jeśli niezdolność do pracy spowodowana jest chorobą zakaźną, której objawy ujawniają się po okresie dłuższym niż 14 dni od początku tej choroby i trwa nieprzerwanie co najmniej 30 dni (na zwolnieniu lekarskim lekarz powinien wpisać kod „E”).

Zasiłek chorobowy lub świadczenie rehabilitacyjne za okres po ustaniu tytułu ubezpieczenia chorobowego nie przysługują, gdy:

- masz ustalone prawo do emerytury lub renty z tytułu niezdolności do pracy,
- kontynuujesz działalność zarobkową lub podjąłeś działalność zarobkową, która stanowi tytuł do objęcia obowiązkowo lub dobrowolnie ubezpieczeniem chorobowym, albo zapewnia prawo do świadczeń za okres niezdolności do pracy z powodu choroby,
- jesteś uprawniony do zasiłku dla bezrobotnych, dodatku solidarnościowego, zasiłku przedemerytalnego lub świadczenia przedemerytalnego, nauczycielskiego świadczenia kompensacyjnego, rodzicielskiego świadczenia uzupełniającego,
- podlegasz obowiązkowo ubezpieczeniu społecznemu rolników.

Zasiłek chorobowy i świadczenie rehabilitacyjne nie przysługują, jeśli wykonujesz pracę zarobkową lub wykorzystujesz zasiłek chorobowy, albo świadczenie rehabilitacyjne niezgodnie z ich celem.

Powyższe zasady mają także zastosowanie do zasiłku chorobowego i świadczenia rehabilitacyjnego z ubezpieczenia wypadkowego.

Jeżeli pobierzesz zasiłek chorobowy lub świadczenie rehabilitacyjne za okres po ustaniu tytułu ubezpieczenia i nie poinformujesz ZUS o zaistnieniu okoliczności, które mają wpływ na prawo do tych świadczeń, świadczenia te zostaną uznane za nienależnie pobrane i będą podlegały zwrotowi wraz z odsetkami w wysokości i na zasadach określonych w przepisach prawa cywilnego.

**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 ustawa z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych.**

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>