

Oświadczenie

Instrukcja wypełniania

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

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

Twoje dane

PESEL	<input type="text"/>									
Data urodzenia	<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"/>
	dd		/		mm		/		rrrr	
	Podaj, jeśli nie masz nadanego numeru PESEL									
Rodzaj, seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość	<input type="text"/>									
	Podaj, jeśli nie masz nadanego numeru PESEL									
Imię	<input type="text"/>									
Nazwisko	<input 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 Twój adres jest inny niż polski									
Numer telefonu	<input type="text"/>									
	Jeśli podasz nam tę informację, ułatwi nam to kontakt w Twojej sprawie. To jest pole dobrowolne									

Dane płatnika składek

Podaj dane płatnika u którego ustało zatrudnienie lub tytuł ubezpieczenia chorobowego lub wypadkowego

NIP	<input type="text"/>									
REGON	<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 nie ma nadanego NIP									
PESEL	<input type="text"/>									
	Podaj, jeśli nie ma nadanego NIP, REGON									
Rodzaj, seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość	<input type="text"/>									
	Podaj, jeśli nie ma nadanego NIP, REGON, PESEL									
Nazwa albo imię i nazwisko	<input type="text"/>									

5. Czy kontynuujesz lub podjąłeś inną działalność zarobkową

1) Czy prowadzisz

– gospodarstwo rolne TAK NIE

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

– dział specjalny TAK NIE

Czy małżonek prowadzi

nie mam małżonka

– 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

/ /

dd / mm / rrrr

Jeśli **TAK**, podaj od kiedy

5) Czy masz zawartą umowę o pracę TAK NIE

/ /

dd / mm / rrrr

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

/ /

dd / mm / rrrr

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

/ /

dd / mm / rrrr

Jeśli **TAK**, podaj od kiedy

Uwagi:

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

Data

--	--	--	--	--	--	--	--

dd / mm / rrrr

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 niezależnie od systemu ubezpieczenia/ zaopatrzenia, na podstawie którego prawo do emerytury lub renty zostało ustalone,
- 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, 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. Będą one podlegały zwrotowi wraz z odsetkami w wysokości i na zasadach określonych w przepisach prawa cywilnego.

Zgodnie z art. 63 ustawy z dnia 25 czerwca 1999 r. o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa (Dz.U. z 2022 r. poz. 1732, z późn. zm.) zarówno ubezpieczony, jak i płatnik składek mogą wystąpić do Zakładu Ubezpieczeń Społecznych z wnioskiem o wydanie decyzji w sprawie ustalenia prawa do zasiłku.

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>