

## 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"/>	<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"/>	<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"/>										

## Rachunek bankowy

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

Podaj, jeśli chcesz otrzymywać wypłatę zasiłku chorobowego/ świadczenia rehabilitacyjnego na rachunek bankowy. To pole jest dobrowolne. Jeśli nie wypełnisz tego pola, zasiłek chorobowy/ świadczenie rehabilitacyjne wypłacimy Ci przekazem pocztowym na podany wyżej adres

## Występuję o:

zasiłek chorobowy

Podaj okres zwolnienia (daty od-do) oraz – jeśli znasz – serię i numer zaświadczenia lekarskiego

świadczenie rehabilitacyjne

Podaj okres (daty od-do)

za okres po ustaniu tytułu ubezpieczenia

chorobowego

wypadkowego

## Oświadczenie

1. Czy masz ustalone prawo do:

emerytury

renty z tytułu niezdolności do pracy

wojskowej renty inwalidzkiej

renty z tytułu niezdolności do służby

TAK  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 została przyznana (dd/mm/rrrr)

3. Czy złożyłeś wniosek o:

emeryturę

rentę z tytułu niezdolności do pracy

wojskową rentę inwalidzką

rentę z tytułu niezdolności do służby

rodzicielskie świadczenie uzupełniające

nauczycielskie świadczenie kompensacyjne

TAK  NIE

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

4. Czy jesteś uprawniony do:

zasiłku dla bezrobotnych

zasiłku przedemerytalnego

świadczenia przedemerytalnego

nauczycielskiego świadczenia kompensacyjnego

rodzicielskiego świadczenia uzupełniającego

TAK  NIE

Jeśli **TAK**, podaj od kiedy  
dd / mm / rrrr

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>