

Pieczętka płatnika składek, jeśli ją posiadasz

## ZAŚWIADCZENIE PŁATNIKA SKŁADEK

### Instrukcja wypełniania

Wypełnij to zaświadczenie i przekaż je do nas, jeśli osobie niebędącej pracownikiem 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"/>	
	<small>Podaj, jeśli nie podałeś NIP</small>	
PESEL	<input style="width: 100%;" type="text"/>	
	<small>Podaj, jeśli nie masz nadanego NIP i REGON</small>	
Rodzaj, seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość	<input style="width: 100%;" type="text"/>	
	<small>Podaj, jeśli nie masz nadanego NIP, REGON i PESEL</small>	
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"/>	
	<small>Podaj, jeśli Twój adres jest inny niż polski</small>	

### Dane osoby ubezpieczonej

PESEL	<input style="width: 100%;" type="text"/>	
Rodzaj, seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość	<input style="width: 100%;" type="text"/>	
	<small>Podaj, jeśli nie ma nadanego PESEL</small>	
Imię	<input style="width: 100%;" type="text"/>	
Nazwisko	<input style="width: 100%;" type="text"/>	

Ulica

Numer domu  Numer lokalu

Kod pocztowy  Miejscowość

Nazwa państwa

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

Podaj, jeśli Twój ubezpieczony chce otrzymywać wypłatę zasiłku na rachunek bankowy. To pole jest dobrowolne. Jeśli nie wypełnisz tego pola, zasiłek wypłacimy ubezpieczonemu przekazem pocztowym na podany wyżej adres

**Ubezpieczony występuje o:**

zasiłek chorobowy     zasiłek opiekuńczy     zasiłek macierzyński     świadczenie rehabilitacyjne

za okres

Podaj okres od-do, oraz – jeśli ubezpieczony występuje o zasiłek chorobowy lub opiekuńczy z powodu sprawowania opieki nad chorym dzieckiem lub chorym członkiem rodziny – podaj serię i numer zaświadczenia lekarskiego, jeśli je znasz

Wniosek o zasiłek macierzyński złożony w dniu

<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 datę złożenia wniosku o zasiłek macierzyński

**Informacje o ubezpieczeniu**

Czy jest objęty ubezpieczeniem:

w razie choroby i macierzyństwa (*ubezpieczenie chorobowe*)

TAK     NIE

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

TAK     NIE

- 1)  jako członek rolniczej spółdzielni produkcyjnej lub spółdzielni kółek rolniczych
- 2)  jako osoba wykonująca pracę na podstawie umowy agencyjnej lub umowy zlecenia albo innej umowy o świadczeniu usług, do której zgodnie z kodeksem cywilnym, stosuje się przepisy dotyczące zlecenia, lub jako osoba współpracująca
- 3)  jako osoba wykonująca umowę o pracę nakładczą
- 4)  jako osoba wykonująca odpłatnie pracę na podstawie skierowania do pracy w czasie odbywania kary pozbawienia wolności albo tymczasowego aresztowania
- 5)  jako poseł lub senator pobierający uposażenie
- 6)  jako osoba pobierająca stypendium sportowe
- 7)  jako słuchacz Krajowej Szkoły Administracji Publicznej pobierający stypendium
- 8)  jako osoba pobierająca stypendium w okresie odbywania szkolenia, stażu lub przygotowania zawodowego dorosłych, na które została skierowana przez powiatowy urząd pracy lub inny podmiot kierujący, albo osoba pobierająca stypendium na podstawie przepisów o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy w okresie odbywania studiów podyplomowych

- 9)  jako funkcjonariusz Służby Celno-Skarbowej
- 10)  jako osoba sprawująca opiekę nad dzieckiem na podstawie umowy uaktywniającej w rozumieniu ustawy z dnia 4 lutego 2011 r. o opiece nad dzieckiem do lat 3
- 11)  jako doktorant, który otrzymuje stypendium doktoranckie

## Informacje o ubezpieczonym

1. Ubezpieczeniu chorobowemu podlega   
Podaj datę, od kiedy podlega lub okres podlegania od-do
2. Ubezpieczeniu wypadkowemu podlega   
Podaj datę, od kiedy podlega lub okres podlegania od-do
3. Czy tytuł ubezpieczenia ustał  TAK  NIE   
dd / mm / rrrr  
Jeśli TAK, podaj datę ustania
4. 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
5. Czy w okresie niezdolności do pracy z powodu choroby, sprawowania opieki lub macierzyństwa  
 korzysta z urlopu bezpłatnego  przebywa w areszcie tymczasowym  
 korzysta z urlopu wychowawczego  odbywa karę pozbawienia wolności  
 TAK  NIE   
Jeśli TAK, podaj okresy od-do

## Informacje o wypłaconych świadczeniach

1. Czy wypłaciłeś wynagrodzenie za okresy orzeczonej niezdolności do pracy w danym roku kalendarzowym na podstawie art. 92 Kodeksu pracy (dotyczy osoby wykonującej pracę nakładczą oraz osoby odbywającej służbę zastępczą)  TAK  NIE  
  
Jeśli TAK, podaj okresy od-do oraz kod literowy. Podaj także okresy wynagrodzenia wypłaconego w poprzednim roku, wliczane do jednego okresu zasiłkowego
2. Czy wypłaciłeś zasiłek chorobowy/ świadczenie rehabilitacyjne  TAK  NIE  
  
Jeśli TAK, podaj okresy od-do oraz kod literowy. Podaj okresy wliczone do jednego okresu zasiłkowego
3. Czy wypłaciłeś zasiłek macierzyński  TAK  NIE  
  
Jeśli TAK, podaj okresy od-do oraz stawkę procentową zasiłku macierzyńskiego

4. Czy wypłaciłeś uposażenie/ stypendium/ inne świadczenie za okresy orzeczonej niezdolności do pracy (dotyczy tylko osób, o których mowa w pkt 5–8 sekcji *Informacje o ubezpieczeniu*)  TAK  NIE

Jeśli **TAK**, podaj okresy od–do oraz kod literowy. Podaj okresy wliczone do jednego okresu zasiłkowego

## Pozostałe informacje

Czy zgłosiłeś do ubezpieczenia chorobowego  do 20 ubezpieczonych  powyżej 20 ubezpieczonych

## Informacje o przychodzie

Przychód stanowiący podstawę wymiaru składek

Rok	Miesiąc	Liczba dni, które ubezpieczony:		Podstawa wymiaru składek
		przepracował	był obowiązany przepracować	

## Uwagi

**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 upoważnionego pracownika, nr telefonu oraz pieczęć zawierająca imię, nazwisko i stanowisko

## Pouczenie

Do *Zaświadczenia płatnika składek Z-3a* dołącz otrzymane od ubezpieczonego 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.

### **Czy składasz Zaświadczenie płatnika składek Z-3a przy zmianie rodzaju pobieranego przez ubezpieczonego zasiłku**

*Zaświadczenie płatnika składek Z-3a* złoż ponownie, jeśli zmieni się rodzaj pobieranego przez ubezpieczonego zasiłku. Nie dotyczy to świadczenia rehabilitacyjnego, jeżeli *Zaświadczenie płatnika składek Z-3a* złożyłeś do ustalenia prawa do zasiłku chorobowego.

### **Kiedy składasz Zaświadczenie płatnika składek Z-3a, jeśli Twój ubezpieczony jest chory lub opiekuje się chorym członkiem rodziny**

Pamiętaj, aby ZUS ustalił prawo do zasiłku Twojemu ubezpieczonemu musi otrzymać wniosek o zasiłek.

W czasie trwania ubezpieczenia, w imieniu ubezpieczonego, Ty składasz do ZUS wnioski o zasiłek. Wnioskiem tym jest – w przypadku pierwszego zwolnienia lekarskiego – *Zaświadczenie płatnika składek Z-3a*. Jeśli ZUS ma ustalić prawo do zasiłku za dalszy nieprzerwany okres choroby lub sprawowania opieki, wnioskiem jest:

- *Zaświadczenie płatnika składek Z-3a* wypełnione do sekcji *Informacja o ubezpieczonym*, albo
- *Zaświadczenie płatnika składek ZAS-12*.

*Zaświadczenie Z-3a/ ZAS-12* złoż:

- jeśli masz profil PUE ZUS – w terminie 7 dni od dnia otrzymania zwolnienia lekarskiego na profilu,
- jeśli nie masz profilu PUE ZUS lub masz, ale nie widzisz na nim zwolnienia lekarskiego – w terminie 7 dni od dnia, w którym otrzymałeś od ubezpieczonego wydruk zwolnienia lekarskiego lub zwolnienie wystawione przez lekarza na formularzu wydrukowanym z systemu teleinformatycznego (zwolnienie lekarskie wystawione w trybie alternatywnym).

Jeśli Twój ubezpieczony otrzymał zwolnienie lekarskie wystawione w trybie alternatywnym i lekarz nie wprowadził go do systemu (nie widzisz go na swoim profilu na PUE ZUS), łącznie z *Z-3a* lub *ZAS-12* przekaż do ZUS również otrzymane od ubezpieczonego zwolnienie lekarskie.

Jeśli nie masz profilu na PUE ZUS, a Twój ubezpieczony otrzymał od lekarza zwolnienie lekarskie wystawione w trybie alternatywnym, razem z *Z-3a* lub *ZAS-12* przekaż do ZUS również otrzymane od ubezpieczonego zwolnienie lekarskie.

### **Sekcja: Informacja o ubezpieczeniu**

#### **Do pkt 1 i 2**

Wpisz datę początku i końca trwania ubezpieczenia (dzień, miesiąc, rok). Gdy ubezpieczenie trwa, wpisz tylko datę początkową.

#### **Do pkt 3**

Podaj, czy tytuł ubezpieczenia ustał, czy trwa nadal; jeżeli ustał, wpisz datę ustania tytułu ubezpieczenia.

#### **Do pkt 4**

Jeśli niezdolność do pracy jest spowodowana wypadkiem przy pracy, wypadkiem w drodze do pracy lub z pracy, do wniosku o zasiłek chorobowy powinna być dołączona karta wypadku.

W przypadku choroby zawodowej dołącz decyzję o stwierdzeniu choroby zawodowej i zaświadczenie lekarza, które stwierdza, że niezdolność do pracy pracownika jest spowodowana chorobą zawodową.

### **Sekcja: Informacje o wypłaconych świadczeniach**

#### **Do pkt 1**

Jeżeli w poprzednim roku kalendarzowym wypłaciłeś ubezpieczonemu wynagrodzenie chorobowe za okres wliczany do jednego okresu zasiłkowego, podaj również okresy wypłaty wynagrodzenia w poprzednim roku.

#### **Do pkt 2**

Do jednego okresu zasiłkowego wlicza się wszystkie okresy nieprzerwanej niezdolności do pracy oraz okresy przedzielone przerwą, o ile przerwa pomiędzy ustaniem poprzedniej, a powstaniem ponownej niezdolności do pracy, która jest spowodowana tą samą chorobą lub tą samą przyczyną, nie przekraczała 60 dni.

## **Sekcja: Pozostałe informacje**

Liczbę ubezpieczonych, ustala się według stanu na dzień 30 listopada poprzedniego roku kalendarzowego. Jeśli na ten dzień nie zgłaszałeś nikogo do ubezpieczenia chorobowego, liczbę ubezpieczonych ustala się według stanu na pierwszy miesiąc, w którym dokonałeś takiego zgłoszenia.

## **Sekcja: Informacje o przychodzie**

W tabeli w części dotyczącej przychodu stanowiącego podstawę wymiaru składek podaj kwoty niepominiejsze o składki na ubezpieczenia społeczne.

### **Wyjaśnienia dotyczące podstawy wymiaru zasiłku ubezpieczonych, o których mowa w sekcji: Informacje o ubezpieczeniu w pkt 1–4 i 10–11**

Podstawę wymiaru zasiłku stanowi przychód przyjęty do podstawy wymiaru składek na ubezpieczenie chorobowe albo odpowiednio ubezpieczenie wypadkowe, po odliczeniu kwoty odpowiadającej 13,71% podstawy wymiaru składek, za okres 12 miesięcy kalendarzowych poprzedzających miesiąc, w którym powstała niezdolność do pracy.

Jeżeli wypłaciłeś ubezpieczonemu składniki przychodu za okresy dłuższe niż miesiąc (np. za okresy kwartalne, roczne lub inne), w sekcji *Uwagi* podaj poszczególne kwoty i okresy, za które zostały wypłacone.

W przypadku członków rolniczych spółdzielni produkcyjnych lub spółdzielni kółek rolniczych wyrównanie dniówek obrachunkowych wypłacane raz w roku potraktuj jako składnik roczny i wykaż je w sekcji *Uwagi*.

Jeśli ubezpieczony nie przepracował części miesiąca, za który przychód jest podany w tabeli, w sekcji *Uwagi* podaj przyczynę nieprzepracowania całego miesiąca.

Podstawy wymiaru zasiłku nie ustala się na nowo, jeżeli między okresami pobierania zasiłków zarówno tego samego rodzaju, jak i innego rodzaju nie było przerwy albo przerwa była krótsza niż 3 miesiące kalendarzowe. Jeżeli w związku z tym w tabeli podałeś przychód z innego okresu niż 12 miesięcy kalendarzowych poprzedzających miesiąc, w którym powstała niezdolność do pracy, w sekcji *Uwagi* podaj poprzedni(e) okres(y) pobierania zasiłku lub wynagrodzenia za okres choroby, pod warunkiem, że nie został(y) wykazany(e) w sekcji *Informacje o wypłaconych świadczeniach*.

### **Wyjaśnienie dotyczące ubezpieczonych, o których mowa w sekcji Informacje o ubezpieczeniu w pkt 5–8**

Podstawę wymiaru zasiłku chorobowego i świadczenia rehabilitacyjnego przysługującego po ustaniu ubezpieczenia wypadkowego stanowi przychód przyjęty do podstawy wymiaru składek na ubezpieczenie wypadkowe, za okres 12 miesięcy poprzedzających datę powstania nieprzerwanej niezdolności do pracy, po odliczeniu kwoty odpowiadającej 11,26% podstawy wymiaru składki na to ubezpieczenie.

### **Wyjaśnienie dotyczące ubezpieczonych, o których mowa w sekcji Informacje o ubezpieczeniu w pkt 9**

Podstawę wymiaru zasiłku dla osoby odbywającej służbę zastępczą stanowi kwota świadczenia pieniężnego, określona w przepisach o służbie zastępczej za miesiąc, w którym powstała niezdolność do pracy, po odliczeniu 13,71% tej kwoty.

## **Sekcja: Rachunek bankowy**

Podaj jeśli ubezpieczony wyraził wolę otrzymywania zasiłku na rachunek bankowy.

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

**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>