

Pieczętka płatnika składek, jeśli ją posiadasz

Zaświadczenie płatnika składek

pierwszy wniosek o świadczenie

wniosek o kontynuację świadczenia

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

REGON

Podaj, jeśli nie podałeś NIP

PESEL

Podaj, jeśli nie masz nadanego NIP i REGON

Rodzaj, seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość

Podaj, jeśli nie masz nadanego NIP, REGON i PESEL

Nazwa albo imię i nazwisko

Ulica

Numer domu

Numer lokalu

Kod pocztowy

Miejscowość

Nazwa państwa

Podaj, jeśli Twój adres jest inny niż polski

Numer telefonu

Jeśli podasz nam tę informację, ułatwi nam to kontakt w Twojej sprawie.
To pole jest dobrowolne

Dane osoby ubezpieczonej

PESEL

Data urodzenia

dd / mm / rrrr

Podaj, jeśli nie ma nadanego numeru PESEL

Rodzaj, seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość

Podaj, jeśli nie ma nadanego numeru PESEL

Imię

Nazwisko

Ulica

Numer domu

Numer lokalu

Kod pocztowy

Miejscowość

Nazwa państwa

Podaj, jeśli adres jest inny niż polski

Rachunek bankowy

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

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 jego podany wyżej adres

Ubezpieczony występuje o:

zasiłek chorobowy

za okres

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

zasiłek opiekuńczy

za okres

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

zasiłek macierzyński

za okres

Podaj okres (daty od–do)

świadczenie rehabilitacyjne

za okres

Podaj okres (daty od–do)

Wniosek o zasiłek macierzyński złożył 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 osoba odbywająca służbę zastępczą
- 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 rodzaj dokumentu potwierdzającego (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 tym ZUS.

Data

dd	/	mm	/	rrrr			

Podpis osoby upoważnionej,
oraz pieczętka zawierająca imię, nazwisko i stanowisko

Pouczenie

Do zaświadczenia płatnika składek (druk 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 Z-3a przy zmianie rodzaju pobieranego przez ubezpieczonego zasiłku

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

Kiedy składasz zaświadczenie Z-3a, jeśli Twój ubezpieczony jest chory lub opiekuje się chorym członkiem rodziny

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

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

- zaświadczenie Z-3a wypełnione do sekcji *Informacje o ubezpieczonym* albo
- zaświadczenie ZAS-12.

Zaświadczenie Z-3a/ ZAS-12 złóż:

- w terminie 7 dni od dnia otrzymania zaświadczenia lekarskiego na profilu PUE ZUS,
- w terminie 7 dni od dnia, w którym otrzymałeś od ubezpieczonego zaświadczenie wystawione przez lekarza na formularzu wydrukowanym z systemu teleinformatycznego (zaświadczenie lekarskie wystawione w trybie alternatywnym).

Jeśli Twój ubezpieczony otrzymał zaświadczenie 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 przełącz do ZUS również otrzymane od ubezpieczonego zaświadczenie lekarskie.

Sekcja: Informacje 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 nie przekraczała 60 dni. Do jednego okresu zasiłkowego nie wlicza się okresów niezdolności do pracy przypadających przed przerwą nie dłuższą niż 60 dni, jeśli po przerwie niezdolność do pracy wystąpiła w trakcie ciąży.

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 niepomniejszone 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 1 miesiąc kalendarzowy. 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 okres/ poprzednie okresy pobierania zasiłku lub wynagrodzenia za okres choroby, pod warunkiem że nie został wykazany/ zostały wykazane 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.

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>