

Zaświadczenie płatnika składek

Dotyczy: ustalenia prawa do zasiłku chorobowego lub opiekuńczego za dalszy okres

Instrukcja wypełniania

Wypełnij to zaświadczenie i przekaż je do nas, jeśli mamy ustalić Twojemu pracownikowi/ ubezpieczonemu prawo do zasiłku chorobowego lub opiekuńczego z tytułu sprawowania opieki nad chorym członkiem rodziny za dalszy okres jego nieprzerwanej niezdolności do pracy/ sprawowania opieki.

1. Wypełnij WIELKIMI LITERAMI
2. Poła 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 type="text"/>																		
REGON	<input type="text"/>																		
	Podaj, jeśli nie masz nadanego NIP																		
PESEL	<input type="text"/>																		
	Podaj, jeśli nie masz nadanego NIP, REGON																		
Rodzaj, seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość	<input type="text"/>																		
	Podaj, jeśli nie masz nadanego NIP, REGON, numeru PESEL																		
Nazwa albo imię i 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 pole jest dobrowolne																		

Dane osoby ubezpieczonej

PESEL	<input type="text"/>																		
Data urodzenia	<input type="text"/>																		
	dd / mm / rrrr																		
	Podaj, jeśli nie ma nadanego numeru PESEL																		
Rodzaj, seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość	<input type="text"/>																		
	Podaj, jeśli nie ma 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 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"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

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

Ubezpieczony wnioskuje 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

Informacje o zatrudnieniu/ ubezpieczeniu

- Zatrudnienie/ tytuł ubezpieczenia trwa nadal: TAK NIE
- Zatrudnienie/ tytuł ubezpieczenia ustał z dniem:

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

dd / mm / rrrr
- Tytuł ubezpieczenia trwa nadal, ale ubezpieczenie chorobowe ustało/ ustanie z dniem:

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

dd / mm / rrrr

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

Data

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

dd / mm / rrrr

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

Pouczenie

Aby ZUS ustalił prawo do zasiłku chorobowego lub opiekuńczego Twojemu pracownikowi/ ubezpieczonemu, musi otrzymać wniosek o zasiłek.

W czasie trwania zatrudnienia/ ubezpieczenia składasz do ZUS wnioski o zasiłek w imieniu pracownika/ ubezpieczonego. Wnioskiem tym – w przypadku pierwszego zaświadczenia lekarskiego – jest zaświadczenie płatnika składek (druk Z-3, gdy dotyczy pracownika, lub Z-3a, gdy dotyczy osoby ubezpieczonej z innego tytułu).

Jeśli ZUS ma ustalić prawo do zasiłku za dalszy nieprzerwany okres choroby lub sprawowania opieki, wnioskiem jest zaświadczenie płatnika składek; skorzystaj z druku:

- Z-3, gdy wniosek dotyczy pracownika – wypełnione do pkt 1 i pkt 5 sekcji *Informacja o pracowniku*,
- Z-3a, gdy wniosek dotyczy osoby ubezpieczonej z innego tytułu – wypełnione do sekcji *Informacja o ubezpieczonym*, albo
- ZAS-12.

Zaświadczenie Z-3/ 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 pracownika/ ubezpieczonego zaświadczenie wystawione przez lekarza na formularzu wydrukowanym z systemu teleinformatycznego (zaświadczenie lekarskie wystawione w trybie alternatywnym).

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

Poinformuj ZUS o okolicznościach mających wpływ na prawo, wysokość i podstawę wymiaru zasiłku, które uległy zmianie.

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 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>