

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. 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 masz nadanego NIP														
PESEL															
	Podaj, jeśli nie masz nadanego NIP, REGON														
Rodzaj, seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość															
	Podaj, jeśli nie masz nadanego NIP, REGON, numeru 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

[illegible]

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:

☐ zasilek chorobowy

za okres

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

Informacje o zatrudnieniu/ubezpieczeniu

1. Zatrudnienie / tytuł ubezpieczenia trwa nadal: ☐ TAK ☐ NIE
2. Zatrudnienie / tytuł ubezpieczenia ustał z dniem: / /
dd / mm / rrrr
3. Tytuł ubezpieczenia trwa nadal, ale ubezpieczenie chorobowe ustało/ustanie z dniem: / /
dd / mm / rrrr

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

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 wniosek 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/eZUS,
- 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/eZUS), 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 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>