ZAKŁAD UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH

ZAS-12

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

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

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 do wystawienia zaświadczenia, numer telefonu

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 sytemu 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 przekaż 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 27 września 2026 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