

**WNIOSEK PŁATNIKA SKŁADEK
 NIEZOBOWIĄZANEGO DO WYPŁATY ZASIŁKÓW
 O PRZEPROWADZENIE KONTROLI PRAWIDŁOWOŚCI WYKORZYSTYWANIA
 ZWOLNIENIA LEKARSKIEGO**

Instrukcja wypełniania

Wypełnij ten wniosek, jeśli chcesz, abyśmy przeprowadzili kontrolę prawidłowości wykorzystywania zwolnień lekarskich od pracy przez pracownika/ osobę ubezpieczoną.

Jeśli wypłacasz zasiłek chorobowy, świadczenie rehabilitacyjne lub zasiłek opiekuńczy możesz sam przeprowadzić kontrolę prawidłowości wykorzystywania zwolnień lekarskich.

1. Wypełnij WIELKIMI LITERAMI
2. Pola wyboru zaznacz znakiem **X**
3. Wypełnij kolorem czarnym lub niebieskim (nie ołówkiem)

Dane płatnika składek

NIP	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>																			
REGON	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>																			
	Podaj, jeśli nie masz nadanego NIP																			
PESEL	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>																			
	Podaj, jeśli nie masz nadanego NIP, REGON																			
Rodzaj, seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>																			
	Podaj, jeśli nie masz nadanego NIP, REGON, numeru PESEL																			
Nazwa albo imię i nazwisko	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>																			
Ulica	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>																			
Numer domu	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>					Numer lokalu	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>													
Kod pocztowy	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>					Miejscowość	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>													
Nazwa państwa	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>																			
	Podaj, jeśli adres jest inny niż polski																			

Dane osoby ubezpieczonej

PESEL	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>																			
Rodzaj, seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>																			
	Podaj, jeśli nie ma nadanego numeru PESEL																			
Imię	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>																			
Nazwisko	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>																			
Ulica	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>																			
Numer domu	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>					Numer lokalu	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>													
Kod pocztowy	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>					Miejscowość	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>													
Nazwa państwa	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>																			
	Podaj, jeśli adres jest inny niż polski																			

Proszę o przeprowadzenie kontroli prawidłowości wykorzystywania

zwolnienia lekarskiego

Podaj okres zwolnienia lekarskiego oraz – jeśli znasz – jego serię i numer

świadczenia rehabilitacyjnego

Uwagi

Jeśli masz dodatkowe informacje, które moglibyśmy wykorzystać podczas kontroli np. podejrzewasz, że pracownik/ ubezpieczony pracuje w okresie niezdolności do pracy, albo w inny nieprawidłowy sposób wykorzystuje zwolnienie lekarskie/ świadczenie rehabilitacyjne, podaj je.

Data

dd	/	mm	/	rrrr			

Czytelny podpis

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: <http://bip.zus.pl/rodo/rodo-klauzule-informacyjne>