

.....  
Pieczęćka płatnika składek [1]

**ZAŚWIADCZENIE PŁATNIKA SKŁADEK**  
**Przed wypełnieniem należy zapoznać się z pouczeniem**  
 (wypełnia płatnik składek)

**DANE IDENTYFIKACYJNE PŁATNIKA SKŁADEK**

01. Numer NIP (wpisać bez kresek) (1)

02. Numer REGON (1)

03. Numer PESEL

04. Rodzaj dokumentu  
tożsamości: jeśli dowód  
osobisty, wpisać 1, jeśli  
inny dokument – 2

05. Seria i numer dokumentu

06. Nazwa skrócona

07. Nazwisko

08. Imię

(1) Należy wpisać numery NIP i REGON, a jeżeli nie nadano tych numerów albo jednego z nich, należy wpisać numer PESEL lub serię i numer dowodu osobistego albo innego dokumentu potwierdzającego tożsamość.

**DANE ADRESOWE PŁATNIKA SKŁADEK – ADRES SIEDZIBY**

01. Kod pocztowy

 – 

02. Poczta

03. Gmina/Dzielnica

04. Miejscowość

05. Ulica

06. Numer domu

07. Numer lokalu

08. Numer telefonu (1)

09. Symbol państwa (2)(3)

10. Zagraniczny kod pocztowy (2)

11. Nazwa państwa (2)

12. Adres poczty elektronicznej (1)

(1) Podanie numeru telefonu i adresu poczty elektronicznej nie jest obowiązkowe.

(2) Wypełnić w przypadku, gdy adres jest inny niż polski.

(3) Podanie symbolu państwa nie jest konieczne, jeżeli wniosek jest zgłaszany w formie papierowej.

**DANE IDENTYFIKACYJNE UBEZPIECZONEGO**

01. Numer PESEL (1)

02. Rodzaj dokumentu  
tożsamości: jeśli dowód  
osobisty, wpisać 1, jeśli  
inny dokument – 2

03. Seria i numer dokumentu

04. Nazwisko

05. Imię

06. Data urodzenia (dd/mm/rrrr)

(1) Należy wpisać numer PESEL, a jeżeli nie nadano tego numeru, należy wpisać serię i numer dowodu osobistego albo innego dokumentu potwierdzającego tożsamość.

**DANE ADRESOWE UBEZPIECZONEGO – ADRES ZAMIESZKANIA**

01. Kod pocztowy	02. Poczta	
<input type="text"/> <input type="text"/> – <input type="text"/>	<input type="text"/>	
03. Gmina/Dzielnica		
<input type="text"/>		
04. Miejscowość		
<input type="text"/>		
05. Ulica		
<input type="text"/>		
06. Numer domu	07. Numer lokalu	08. Symbol państwa (1)(2)
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
09. Zagraniczny kod pocztowy (1)	10. Nazwa państwa (1)	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	

(1) Wypełnić w przypadku, gdy adres jest inny niż polski.

(2) Podanie symbolu państwa nie jest konieczne, jeżeli wniosek jest zgłaszany w formie papierowej.

## Ubezpieczony:

występuje o: (należy zaznaczyć właściwy kwadrat)

 zasiłek chorobowy     zasiłek opiekuńczy     zasiłek macierzyński     świadczenie rehabilitacyjne

za okres od:	Data od (dd/mm/yyyy)	do:	Data do (dd/mm/yyyy)	seria i numer zaśw. lek. [2] .....
	<input type="text"/>		<input type="text"/>	
za okres od:	Data od (dd/mm/yyyy)	do:	Data do (dd/mm/yyyy)	seria i numer zaśw. lek. [2] .....
	<input type="text"/>		<input type="text"/>	
za okres od:	Data od (dd/mm/yyyy)	do:	Data do (dd/mm/yyyy)	seria i numer zaśw. lek. [2] .....
	<input type="text"/>		<input type="text"/>	

1. Jest objęty: (należy zaznaczyć właściwy kwadrat)

- ubezpieczeniem w razie choroby i macierzyństwa (ubezpieczenie chorobowe)     TAK     NIE
- ubezpieczeniem z tytułu wypadków przy pracy i chorób zawodowych (ubezpieczenie wypadkowe)     TAK     NIE

jako: (należy zaznaczyć właściwy kwadrat)

- członek rolniczej spółdzielni produkcyjnej lub spółdzielni kółek rolniczych,
- osoba wykonująca pracę na podstawie umowy agencyjnej lub umowy zlecenie albo innej umowy o świadczeniu usług, do której zgodnie z kodeksem cywilnym, stosuje się przepisy dotyczące zlecenia, lub jako osoba współpracująca,
- osoba wykonująca umowę o pracę nakładczą,
- osoba wykonująca odpłatnie pracę na podstawie skierowania do pracy w czasie odbywania kary pozbawienia wolności albo tymczasowego aresztowania,
- poseł lub senator pobierający uposażenie,
- osoba pobierająca stypendium sportowe,
- słuchacz Krajowej Szkoły Administracji Publicznej pobierający stypendium,
- osoba pobierająca stypendium w okresie odbywania szkolenia, stażu lub przygotowania zawodowego w miejscu pracy albo przygotowania dorosłych, na które została skierowana przez powiatowy urząd pracy lub inny podmiot kierujący, albo osoba pobierająca stypendium w okresie odbywania studiów podyplomowych,
- osoba odbywająca służbę zastępczą,
- funkcjonariusz celny,
- osoba sprawująca opiekę nad dziećmi na podstawie umowy uaktywniającej w rozumieniu ustawy z dnia 4 lutego 2011 r. o opiece nad dzieckiem do lat 3 (Dz.U. z 2016 r. poz. 157).

2. Ubezpieczeniu chorobowemu podlega od: Data od (dd/mm/rrrr) Data do (dd/mm/rrrr)  
          do:

Tytuł ubezpieczenia ustał:  TAK  NIE

Jeżeli TAK, podać datę ustania tytułu ubezpieczenia: Data (dd/mm/rrrr)

3. Ubezpieczeniu wypadkowemu podlega od: Data od (dd/mm/rrrr) Data do (dd/mm/rrrr)  
          do:

4. Posiada poprzednie okresy ubezpieczenia chorobowego:  
 .....

5. Płatnik składek wypłacił 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):

od dnia: <span style="margin-left: 10px;">Data od (dd/mm/rrrr)</span> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	do dnia: <span style="margin-left: 10px;">Data do (dd/mm/rrrr)</span> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	kod literowy: .....
od dnia: <span style="margin-left: 10px;">Data od (dd/mm/rrrr)</span> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	do dnia: <span style="margin-left: 10px;">Data do (dd/mm/rrrr)</span> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	kod literowy: .....
od dnia: <span style="margin-left: 10px;">Data od (dd/mm/rrrr)</span> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	do dnia: <span style="margin-left: 10px;">Data do (dd/mm/rrrr)</span> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	kod literowy: .....

6. Płatnik składek wypłacił: (należy zaznaczyć właściwy kwadrat)

<input type="checkbox"/> zasiłek chorobowy	<input type="checkbox"/> zasiłek macierzyński	<input type="checkbox"/> świadczenie rehabilitacyjne
--	---	--

od dnia: <span style="margin-left: 10px;">Data od (dd/mm/rrrr)</span> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	do dnia: <span style="margin-left: 10px;">Data do (dd/mm/rrrr)</span> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	kod literowy / stawka % zasiłku macierzyńskiego: .....
od dnia: <span style="margin-left: 10px;">Data od (dd/mm/rrrr)</span> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	do dnia: <span style="margin-left: 10px;">Data do (dd/mm/rrrr)</span> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	kod literowy / stawka % zasiłku macierzyńskiego: .....
od dnia: <span style="margin-left: 10px;">Data od (dd/mm/rrrr)</span> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	do dnia: <span style="margin-left: 10px;">Data do (dd/mm/rrrr)</span> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	kod literowy / stawka % zasiłku macierzyńskiego: .....

W przypadku zasiłku chorobowego należy podać okresy wliczane do jednego okresu zasiłkowego.

7. Płatnik składek wypłacił: (należy zaznaczyć właściwy kwadrat)

<input type="checkbox"/> uposażenie	<input type="checkbox"/> stypendium	<input type="checkbox"/> inne świadczenie
-------------------------------------	-------------------------------------	---

za okres(y) orzeczonej niezdolności do pracy (dotyczy tylko osób, o których mowa w pkt. 1 ppkt 5–8)

od dnia: <span style="margin-left: 10px;">Data od (dd/mm/rrrr)</span> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	do dnia: <span style="margin-left: 10px;">Data do (dd/mm/rrrr)</span> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	kod literowy: .....
od dnia: <span style="margin-left: 10px;">Data od (dd/mm/rrrr)</span> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	do dnia: <span style="margin-left: 10px;">Data do (dd/mm/rrrr)</span> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	kod literowy: .....
od dnia: <span style="margin-left: 10px;">Data od (dd/mm/rrrr)</span> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	do dnia: <span style="margin-left: 10px;">Data do (dd/mm/rrrr)</span> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	kod literowy: .....

Należy podać tylko okresy wliczone do jednego okresu zasiłkowego.

8. Niezdolność do pracy powstała z powodu (należy zaznaczyć właściwy kwadrat)

<input type="checkbox"/> choroby zawodowej	<input type="checkbox"/> wypadku przy pracy	<input type="checkbox"/> wypadku w drodze do pracy lub z pracy
--	---	--

Dokumentem potwierdzającym jest: (należy zaznaczyć właściwy kwadrat)

<input type="checkbox"/> decyzja	<input type="checkbox"/> karta wypadku
----------------------------------	--

nr ..... z dnia Data (dd/mm/rrrr)



## POUCZENIE

**Podstawa prawna: ustawa z dnia 25 czerwca 1999 r. o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa (Dz.U. z 2016 r. poz. 372 z późn. zm.) oraz ustawa z dnia 30 października 2002 r. o ubezpieczeniu społecznym z tytułu wypadków przy pracy i chorób zawodowych (Dz.U. z 2015 r. poz. 1242 z późn. zm.).**

**Do pkt 1 zaświadczenia**

Należy zaznaczyć odpowiedni tytuł ubezpieczenia społecznego.

**Do pkt 2 i 3 zaświadczenia**

Należy wpisać datę początku i końca trwania ubezpieczenia (dzień, miesiąc, rok). W przypadku gdy ubezpieczenie trwa, wpisuje się tylko datę początkową. W pkt 2 należy także podać czy tytuł ubezpieczenia ustał, czy trwa nadal; jeżeli ustał należy wpisać datę ustania tytułu ubezpieczenia.

**Do pkt 4 zaświadczenia**

Osoby, o których mowa w pkt 1 ppkt 1 i 9, nabywają prawo do zasiłku chorobowego z ubezpieczenia chorobowego po upływie 30 dni nieprzerwanego ubezpieczenia chorobowego, a osoby, o których mowa w pkt 1 ppkt 2–4, po upływie 90 dni nieprzerwanego ubezpieczenia chorobowego.

Pkt 4 wypełnia się tylko w przypadku, gdy okres ubezpieczenia chorobowego podany w pkt 2 poprzedzający okres niezdolności do pracy jest krótszy niż odpowiednio 30 albo 90 dni oraz jeżeli nie zachodzą okoliczności dające prawo do zasiłku chorobowego niezależnie od okresu ubezpieczenia.

Do 30- i 90-dniowego okresu ubezpieczenia chorobowego wlicza się poprzednie okresy ubezpieczenia chorobowego, jeżeli przerwa między nimi nie przekroczyła 30 dni lub była spowodowana urlopem bezpłatnym, urlopem wychowawczym albo odbywaniem czynnej służby wojskowej przez żołnierza niezawodowego. Do okresu ubezpieczenia chorobowego wlicza się również okresy ubezpieczenia społecznego przed dniem 1 stycznia 1999 r. Warunek posiadania okresu ubezpieczenia chorobowego nie obowiązuje:

- absolwentów szkół oraz szkół wyższych, którzy zostali objęci ubezpieczeniem chorobowym w ciągu 90 dni od dnia ukończenia szkoły lub uzyskania dyplomu ukończenia studiów wyższych,
- osób, których niezdolność do pracy została spowodowana chorobą zawodową, wypadkiem przy pracy, wypadkiem w drodze do pracy lub z pracy,
- ubezpieczonych obowiązkowo, którzy mają wcześniejszy co najmniej 10-letni okres obowiązkowego ubezpieczenia chorobowego, w tym również ubezpieczenia społecznego przed dniem 1 stycznia 1999 r. (dotyczy to wyłącznie członków rolniczych spółdzielni produkcyjnych i spółdzielni kółek rolniczych oraz osób odbywających służbę zastępczą),
- posłów i senatorów, którzy przystąpili do ubezpieczenia chorobowego w ciągu 90 dni od ukończenia kadencji.

Okoliczności wyłączające obowiązek posiadania 30- lub 90-dniowego okresu ubezpieczenia chorobowego należy udokumentować.

**Do pkt 5 zaświadczenia**

Jeżeli w poprzednim roku kalendarzowym było wypłacone wynagrodzenie za okres wliczany do jednego okresu zasiłkowego, należy podać również okresy wypłaty wynagrodzenia w poprzednim roku.

**Do pkt 6 i 7 zaświadczenia**

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 spowodowanej tą samą chorobą lub mającej tę samą przyczynę nie przekraczała 60 dni.

**Do pkt 8 zaświadczenia**

Wypłaty świadczeń z tytułu wypadku przy pracy albo wypadku w drodze do pracy lub z pracy ZUS dokonuje po uprzednim uznaniu zdarzenia za taki wypadek, dlatego też należy dołączyć niezbędne dokumenty. W przypadku choroby zawodowej należy dołączyć decyzję o stwierdzeniu choroby zawodowej i zaświadczenie lekarza stwierdzające, że niezdolność do pracy jest spowodowane chorobą zawodową.

**Do pkt 10 zaświadczenia**

Należy wypełnić w przypadku, gdy zaświadczenie lekarskie wystawione jest na druku ZUS ZLA na zasadach obowiązujących do 31 grudnia 2015 r.

**Do pkt 11 zaświadczenia**

Liczbę ubezpieczonych ustala się według stanu na dzień 30 listopada poprzedniego roku kalendarzowego, a w stosunku do płatników składek, którzy na ten dzień nie zgłaszali nikogo do ubezpieczenia chorobowego, według stanu na pierwszy miesiąc, w którym dokonali takiego zgłoszenia.

**Do pkt 13 zaświadczenia**

Podać w przypadku gdy pracownik wyraził wolę otrzymywania zasiłku na rachunek bankowy.

**Do tabeli**

W tabeli w części dotyczącej kwoty stanowiącej podstawę wymiaru należy podać kwoty niepomniejszone o składki na ubezpieczenia społeczne. Pomniejszenia tego dokona ZUS, obliczając podstawę wymiaru zasiłku.

**Wyjaśnienie dotyczące ubezpieczonych, o których mowa w pkt 1 ppkt 1–4 i 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 płatnik składek wypłacił premie lub inne składniki za okresy dłuższe niż miesiąc (np. za okresy kwartalne, roczne lub inne), w pkt 15 Uwagi należy podać 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 należy traktować jako składnik roczny i wykazywać w pkt 15 Uwagi.

W przypadku gdy ubezpieczony nie przepracował części miesiąca, za który przychód jest podany w tabeli, w pkt 15 Uwagi należy podać 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 3 miesiące kalendarzowe. Jeżeli w związku z tym w tabeli podany został przychód z innego okresu niż 12 miesięcy kalendarzowych poprzedzających miesiąc, w którym powstała niezdolność do pracy, w pkt 15 Uwagi należy podać poprzedni(e) okres(y) pobierania zasiłku lub wynagrodzenia za okres chorobowy, pod warunkiem, że nie został(y) wykazany(e) w pkt 5 i 6.

#### **Wyjaśnienia dotyczące ubezpieczonych, o których mowa w pkt 1 ppkt 5–8 i 10**

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.

#### **Wyjaśnienia dotyczące ubezpieczonych, o których mowa w pkt 1 ppkt 9**

Podstawę wymiaru zasiłku chorobowego dla osoby odbywającej służbę zastępczą stanowi kwota świadczenia pieniężnego, określona w przepisach o służbie zastępczej, w miesiącu, w którym powstała niezdolność do pracy, po odliczeniu 13,71% kwoty świadczenia pieniężnego.

**Szczegółowe zasady ustalania podstawy wymiaru zasiłków określają: ustawa z dnia 25 czerwca 1999 r. o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa oraz ustawa z dnia 30 października 2002 r. o ubezpieczeniu społecznym z tytułu wypadków przy pracy i chorób zawodowych.**

#### **Uwaga:**

Płatnik składek przesyła do ZUS zaświadczenie płatnika składek w przypadku pierwszego i kolejnych zaświadczeń lekarskich.

W przypadku kolejnego zaświadczenia lekarskiego za okres nieprzerwanej niezdolności do pracy, płatnik składek przesyła do ZUS zaświadczenie płatnika składek wypełnione do pkt 2 włącznie, jeżeli zasiłek przysługuje z ubezpieczenia chorobowego, albo do pkt 3 włącznie, jeżeli zasiłek przysługuje z ubezpieczenia wypadkowego. Nie dotyczy to przypadków, gdy zaświadczenie lekarskie zostało wystawione na druku ZUS ZLA na zasadach obowiązujących do 31 grudnia 2015 r.; w przypadku tego zaświadczenia lekarskiego wystawionego za dalszy okres nieprzerwanej niezdolności do pracy płatnik składek nie przesyła zaświadczenia płatnika składek, podaje jednak datę dostarczenia przez ubezpieczonego zaświadczenia lekarskiego ZUS ZLA płatnikowi składek oraz, czy tytuł ubezpieczenia, jak również ubezpieczenie chorobowe lub wypadkowe trwa nadal, poświadczając te informacje pieczętą i podpisem.

Zaświadczenie płatnika składek powinno być złożone w razie zmiany rodzaju pobieranego zasiłku. Nie dotyczy to świadczenia rehabilitacyjnego, jeżeli zaświadczenie płatnika składek było złożone do ustalenia prawa do zasiłku chorobowego.

Płatnik składek jest zobowiązany poinformować terenową jednostkę organizacyjną ZUS o okolicznościach mających wpływ na prawo, wysokość i podstawę wymiaru zasiłku, które uległy zmianie w stosunku do podanych w zaświadczeniu płatnika składek, w tym w szczególności o ustaniu ubezpieczenia.

[1] Pieczętka jest wymagana, jeżeli płatnik ją posiada, na dokumencie w formie papierowej.

[2] Wypełnić w przypadku zasiłku chorobowego albo zasiłku opiekuńczego z tytułu opieki nad chorym dzieckiem lub chorym innym członkiem rodziny.

[3] Pieczętka jest wymagana na dokumencie w formie papierowej.