ZAKŁAD UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH

ZAS-64

WNIOSEK PŁATNIKA SKŁADEK O USTALENIE OKRESU ZASIŁKOWEGO

Instrukcja wypełniania

Wypełnij ten wniosek, jeśli chcesz, abyśmy ustalili okres zasiłkowy osobie ubezpieczonej, której wypłacasz zasiłek chorobowy.

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

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

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

Okresy niezdolności do pracy z powodu choroby

Uwagi

Data | | | | | | | | |

dd / mm / rrrr

Podpis i pieczątka osoby upoważnionej

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