

Pieczętka płatnika składek, jeśli ją posiadasz

ZAŚWIADCZENIE PŁATNIKA SKŁADEK

Instrukcja wypełniania

Wypełnij to zaświadczenie i przekaż je do nas, jeżeli prowadzisz pozarolniczą działalność lub współpracujesz z osobą prowadzącą pozarolniczą działalność lub jesteś duchownym i mamy ustalić prawo do zasiłku chorobowego, zasiłku opiekuńczego, zasiłku macierzyńskiego lub świadczenia rehabilitacyjnego.

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	<input style="width: 100%;" type="text"/>	
REGON	<input style="width: 100%;" type="text"/>	
	Podaj, jeśli nie podałeś NIP	
PESEL	<input style="width: 100%;" type="text"/>	
	Podaj, jeśli nie masz nadanego NIP i REGON	
Rodzaj, seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość	<input style="width: 100%;" type="text"/>	
	Podaj, jeśli nie masz nadanego NIP, REGON i PESEL	
Nazwa albo imię i nazwisko	<input style="width: 100%;" type="text"/>	
Ulica	<input style="width: 100%;" type="text"/>	
Numer domu	<input style="width: 50%;" type="text"/>	Numer lokalu <input style="width: 50%;" type="text"/>
Kod pocztowy	<input style="width: 50%;" type="text"/>	Miejscowość <input style="width: 50%;" type="text"/>
Nazwa państwa	<input style="width: 100%;" type="text"/>	
	Podaj, jeśli Twój adres jest inny niż polski	

Dane osoby ubezpieczonej

Nie wypełniaj tej sekcji, jeśli dane płatnika składek i dane osoby ubezpieczonej są takie same

PESEL	<input style="width: 100%;" type="text"/>	
Data urodzenia	<input style="width: 100%;" type="text"/>	
	dd / mm / rrrr	
	Podaj, jeśli nie ma nadanego PESEL	
Rodzaj, seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość	<input style="width: 100%;" type="text"/>	
	Podaj, jeśli nie ma nadanego PESEL	
Imię	<input style="width: 100%;" type="text"/>	
Nazwisko	<input style="width: 100%;" type="text"/>	

Ulica	<input type="text"/>		
Numer domu	<input type="text"/>	Numer lokalu	<input type="text"/>
Kod pocztowy	<input type="text"/>	Miejscowość	<input type="text"/>
Nazwa państwa	<input type="text"/>		

Podaj, jeśli adres jest inny niż polski

Ubezpieczony występuje o:

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

za okres

Podaj okres od–do i jeśli ubiegasz się o zasilek chorobowy lub zasilek opiekuńczy z powodu sprawowania opieki nad chorym członkiem rodziny podaj – jeśli znasz – serię i numer zaświadczenia lekarskiego

Informacje o ubezpieczonym

1. Czy jest objęty:

ubezpieczeniem w razie choroby i macierzyństwa (*ubezpieczenie chorobowe*) TAK NIEubezpieczeniem z tytułu wypadków przy pracy i chorób zawodowych (*ubezpieczenie wypadkowe*) TAK NIE jako osoba prowadząca pozarolniczą działalność jako osoba współpracująca z osobą prowadzącą pozarolniczą działalność jako duchowny

2. Czy niezdolność do pracy powstała z powodu:

 choroby zawodowej wypadku przy pracy wypadku w drodze do pracy lub z pracy TAK NIEJeśli **TAK**, to podaj dokument potwierdzający (decyzja/ karta wypadku), numer oraz datę jego sporządzenia

Rachunek bankowy

Podaj rachunek bankowy (nie powinien to być rachunek firmy)

Oświadczam, że dane zawarte w zaświadczeniu podałem zgodnie z prawdą. Jeżeli ulegną one zmianie, zobowiązuję się poinformować o nich ZUS.

Data

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
dd	/	mm	/	rrrr			

Podpis i pieczęć osoby upoważnionej

Pouczenie

Zaświadczenie płatnika składek Z-3b złoż w razie zmiany rodzaju pobieranego zasiłku. Nie dotyczy to świadczenia rehabilitacyjnego, jeżeli *zaświadczenie płatnika składek Z-3b* złożyłeś do ustalenia prawa do zasiłku chorobowego.

Do wniosku o zasiłek chorobowy, zasiłek opiekuńczy, zasiłek macierzyński oraz świadczenie rehabilitacyjne dołącz dokumenty określone w rozporządzeniu 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. 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 do wniosku dołącz niezbędne dokumenty. W przypadku choroby zawodowej dołącz decyzję o stwierdzeniu choroby zawodowej i zaświadczenie lekarza, które stwierdza że niezdolność do pracy jest spowodowana chorobą zawodową.

Co musisz złożyć, aby otrzymać zasiłek chorobowy lub zasiłek opiekuńczy z powodu sprawowania opieki nad chorym członkiem rodziny

Aby otrzymać zasiłek musisz w ZUS złożyć wniosek o zasiłek. Wnioskiem o zasiłek jest:

- jeśli otrzymałeś pierwsze zwolnienie lekarskie – *Zaświadczenie płatnika składek Z-3b* lub ZAS-53.
- jeśli otrzymałeś kolejne zwolnienie lekarskie za okres nieprzerwanej niezdolności do pracy:
 - *Zaświadczenie płatnika składek Z-3b* wypełnione do pkt 1 sekcji *Informacja o ubezpieczonym*, albo
 - *Wniosek o zasiłek chorobowy ZAS-53*, albo
 - wydruk zwolnienia lekarskiego, jeśli otrzymałeś go od lekarza.

Jeśli otrzymałeś zwolnienie lekarskie wystawione na formularzu wydrukowanym z systemu teleinformatycznego (zwolnienie lekarskie wystawione w trybie alternatywnym) i lekarz nie wprowadził go do systemu (nie widzisz go na swoim profilu na PUE ZUS) łącznie z Z-3b lub ZAS-53 przekaż do ZUS również otrzymane od lekarza zwolnienie lekarskie.

Poinformuj ZUS o okolicznościach mających wpływ na prawo, wysokość i podstawę wymiaru zasiłku, które uległy zmianie w stosunku do podanych wcześniej.

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