

## 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  | <input type="text"/>   |              |                      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| REGON  | <input type="text"/>   |              |                      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Podaj, jeśli nie masz nadanego NIP   |              |                      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| PESEL  | <input type="text"/>   |              |                      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Podaj, jeśli nie masz nadanego NIP, REGON  |              |                      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Rodzaj, seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość | <input type="text"/>   |              |                      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Podaj, jeśli nie masz nadanego NIP, REGON, numeru PESEL  |              |                      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Nazwa albo imię i nazwisko                                 | <input 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 Twój adres jest inny niż polski   |              |                      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Numer telefonu   | <input type="text"/>   |              |                      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Jeśli podasz nam tę informację, ułatwi nam to kontakt w Twojej sprawie.<br>To pole jest dobrowolne |              |                      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

### Dane osoby ubezpieczonej

|  |   |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |  |  |  |
|--|---|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|--|--|--|
| PESEL  | <input type="text"/>                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |  |  |  |
| Data urodzenia   | <input type="text"/>                      | <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                            |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |  |  |  |
|  | Podaj, jeśli nie ma nadanego numeru PESEL |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |  |  |  |
| Rodzaj, seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość | <input type="text"/>                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |  |  |  |
|  | Podaj, jeśli nie ma nadanego numeru PESEL |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |  |  |  |
| Imię   | <input type="text"/>                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |  |  |  |
| Nazwisko   | <input type="text"/>                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |  |  |  |



## 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 ZUS,
- w terminie 7 dni od dnia, w którym otrzymałeś od pracownika/ubezpieczonego zaświadczenie wystawione przez lekarza na formularzu wydrukowanym z systemu 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 ZUS), 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 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 <https://bip.zus.pl/rodo>