

OŚWIADCZENIE DO WNIOSKU O ZASIŁEK CHOROBY LUB ŚWIADCZENIE REHABILITACYJNE PO USTANIU TYTUŁU ZATRUDNIENIA LUB TYTUŁU UBEZPIECZENIA CHOROBY LUB WYPADKOWEGO

Instrukcja wypełniania

Wypełnij oświadczenie i przekaz je do nas, jeśli ubiegasz się o zasiłek chorobowy lub świadczenie rehabilitacyjne po ustaniu zatrudnienia lub tytułu ubezpieczenia chorobowego lub wypadkowego.

Twoje dane

| | | | | | | | | | | | |
|--|--------------------------|--|--|--|--|--------------|--|--|--|--|--|
| PESEL | 0 3 2 3 0 7 0 9 5 4 1 | | | | | | | | | | |
| Rodzaj, seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość | DOWÓD OSOBISTY DCT194239 | | | | | | | | | | |
| Data urodzenia | 0 7 0 3 2 0 0 3 | | | | | | | | | | |
| Imię | KUNEGUNDA | | | | | | | | | | |
| Nazwisko | KOSEK | | | | | | | | | | |
| Ulica | KOLEJOWA | | | | | | | | | | |
| Numer domu | 10 | | | | | Numer lokalu | | | | | |
| Kod pocztowy | 58-140 | | | | | | | | | | |
| Miejscowość | PASTUCHÓW | | | | | | | | | | |
| Nazwa państwa | POLSKA | | | | | | | | | | |
| Numer telefonu | 798492900 | | | | | | | | | | |

Dane płatnika składek

Podaj dane płatnika u którego ustało zatrudnienie lub tytuł ubezpieczenia chorobowego lub wypadkowego

| | | | | | | | | | | |
|--|---------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| NIP | 5 2 2 2 4 5 0 8 2 9 | | | | | | | | | |
| REGON | 0 1 2 9 3 3 8 4 0 | | | | | | | | | |
| PESEL | | | | | | | | | | |
| Rodzaj, seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość | | | | | | | | | | |
| Data urodzenia | | | | | | | | | | |
| Nazwa albo imię i nazwisko | | | | | | | | | | |

Występuję o

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|----|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----------------|---|-----------|
| <input checked="" type="checkbox"/> zasilek chorobowy | od | <table border="1"><tr><td>2</td><td>6</td><td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>0</td><td>2</td><td>3</td></tr></table> | 2 | 6 | 0 | 1 | 2 | 0 | 2 | 3 | do | <table border="1"><tr><td>0</td><td>3</td><td>0</td><td>2</td><td>2</td><td>0</td><td>2</td><td>3</td></tr></table> | 0 | 3 | 0 | 2 | 2 | 0 | 2 | 3 | Seria i nr ZLA | <table border="1"><tr><td>ZM7204450</td></tr></table> | ZM7204450 |
| 2 | 6 | 0 | 1 | 2 | 0 | 2 | 3 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 0 | 3 | 0 | 2 | 2 | 0 | 2 | 3 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ZM7204450 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | od | <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table> | | | | | | | | | do | <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table> | | | | | | | | | Seria i nr ZLA | <table border="1"><tr><td></td></tr></table> | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | od | <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table> | | | | | | | | | do | <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table> | | | | | | | | | Seria i nr ZLA | <table border="1"><tr><td></td></tr></table> | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | od | <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table> | | | | | | | | | do | <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table> | | | | | | | | | Seria i nr ZLA | <table border="1"><tr><td></td></tr></table> | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | od | <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table> | | | | | | | | | do | <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table> | | | | | | | | | Seria i nr ZLA | <table border="1"><tr><td></td></tr></table> | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | od | <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table> | | | | | | | | | do | <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table> | | | | | | | | | Seria i nr ZLA | <table border="1"><tr><td></td></tr></table> | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | od | <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table> | | | | | | | | | do | <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table> | | | | | | | | | Seria i nr ZLA | <table border="1"><tr><td></td></tr></table> | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | od | <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table> | | | | | | | | | do | <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table> | | | | | | | | | Seria i nr ZLA | <table border="1"><tr><td></td></tr></table> | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | od | <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table> | | | | | | | | | do | <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table> | | | | | | | | | Seria i nr ZLA | <table border="1"><tr><td></td></tr></table> | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | od | <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table> | | | | | | | | | do | <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table> | | | | | | | | | Seria i nr ZLA | <table border="1"><tr><td></td></tr></table> | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

☐ świadczenie rehabilitacyjne od

| | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|

 do

| | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|

za okres po ustaniu tytułu ubezpieczenia ☒ chorobowego ☐ wypadkowego

Oświadczenie

1. Czy masz ustalone prawo do

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> emerytury | <input type="checkbox"/> renty z tytułu niezdolności do pracy | |
| <input type="checkbox"/> wojskowej renty inwalidzkiej | <input type="checkbox"/> renty z tytułu niezdolności do służby | |
| <input checked="" type="checkbox"/> NIE | <table border="1"><tr><td></td></tr></table> | |
| | | |

Jeśli masz ustalone prawo do świadczenia, podaj przez kogo zostało ustalone i od kiedy zostało przyznane

2. Czy masz ustalone prawo do zagranicznej emerytury lub zagranicznej renty z tytułu niezdolności do pracy

- | | |
|------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> TAK | <input checked="" type="checkbox"/> NIE |
|------------------------------|---|

Jeśli **TAK**, podaj, przez kogo oraz od kiedy została przyznana

3. Czy złożyłeś wniosek o

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> emeryturę | <input type="checkbox"/> rentę z tytułu niezdolności do pracy | |
| <input type="checkbox"/> wojskową rentę inwalidzką | <input type="checkbox"/> rentę z tytułu niezdolności do służby | |
| <input type="checkbox"/> rodzicielskie świadczenie uzupełniające | <input type="checkbox"/> nauczycielskie świadczenie kompensacyjne | |
| <input checked="" type="checkbox"/> NIE | <table border="1"><tr><td></td></tr></table> | |
| | | |

Jeśli złożyłeś wniosek, podaj gdzie i kiedy go złożyłeś

4. Czy jesteś uprawniony do

| | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> zasiłku dla bezrobotnych | <input type="checkbox"/> zasiłku przedemerytalnego |
| <input type="checkbox"/> świadczenia przedemerytalnego | <input type="checkbox"/> nauczycielskiego świadczenia kompensacyjnego |
| <input type="checkbox"/> rodzicielskiego świadczenia uzupełniającego | |
| <input checked="" type="checkbox"/> NIE | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> |

Jeśli masz prawo do świadczenia, podaj od kiedy

5. Czy kontynuujesz lub podjąłeś inną działalność zarobkową

1) Czy prowadzisz

| | | | |
|-----------------------|---|---|----------------------|
| – gospodarstwo rolne | <input type="checkbox"/> TAK | <input checked="" type="checkbox"/> NIE | <input type="text"/> |
| | Jeśli TAK , podaj o jakiej powierzchni (ha przeliczeniowych) | | |
| – dział specjalny | <input type="checkbox"/> TAK | <input checked="" type="checkbox"/> NIE | |
| Czy małżonek prowadzi | <input checked="" type="checkbox"/> nie mam małżonka | | |
| – gospodarstwo rolne | <input type="checkbox"/> TAK | <input type="checkbox"/> NIE | <input type="text"/> |
| | Jeśli TAK , podaj o jakiej powierzchni (ha przeliczeniowych) | | |
| – dział specjalny | <input type="checkbox"/> TAK | <input type="checkbox"/> NIE | |

2) Czy podlegasz ubezpieczeniu społecznemu rolników

Jeśli **TAK**, to podaj czy podlegasz ☐ obowiązkowo ☐ dobrowolnie

3) Czy podlegasz ubezpieczeniu społecznemu rolników, jako domownik rolnika

Jeśli **TAK**, to podaj czy podlegasz ☐ obowiązkowo ☐ dobrowolnie

4) Czy prowadzisz działalność pozarolniczą lub współpracujesz z osobą prowadzącą działalność

☐ TAK ☒ NIE

Jeśli **TAK**, podaj od kiedy

5) Czy masz zawartą umowę o pracę

☐ TAK ☒ NIE

Jeśli **TAK**, podaj od kiedy

6) Jeżeli jesteś/ byłeś zatrudniony u dwóch lub więcej pracodawców, podaj czy korzystałeś z urlopu bezpłatnego u jednego pracodawcy podczas zatrudnienia u innego pracodawcy

☐ TAK ☒ NIE

Jeśli **TAK**, podaj okres od–do

7) Czy masz zawartą umowę zlecenia

☐ TAK ☒ NIE

Jeśli **TAK**, podaj od kiedy

8) Czy wykonujesz działalność zarobkową inną niż wymienioną w ppkt. 1–7

☐

TAK

☒

NIE

Jeśli **TAK**, podaj rodzaj działalności

6. Czy jesteś uprawniony do wypłacanego przez powiatowy urząd pracy

☐

stypendium

☐

dodatku aktywizacyjnego

☐

innego świadczenia pieniężnego z tytułu pozostawania bez pracy

☒

NIE

| | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

Jeśli jesteś uprawniony do świadczenia wypłacanego przez powiatowy urząd pracy, podaj od kiedy

Uwagi:

Świadczenia proszę przekazywać

1. ☒ w Polsce na rachunek bankowy

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 4 | 0 | 1 | 1 | 6 | 0 | 2 | 2 | 0 | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 5 | 2 | 5 | 6 | 0 | 8 | 7 | 4 | 6 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

2. ☐ za granicę – na rachunek bankowy (oprócz USA)

Imię i nazwisko właściciela rachunku

Międzynarodowy numer rachunku
bankowego

Podaj pełny numer rachunku w standardzie IBAN, jeżeli jest on stosowany przez dane państwo

Nazwa i adres banku

Międzynarodowy identyfikator banku
w formacie BIC/ SWIFT

3. ☐ za granicę – do USA na rachunek bankowy

Numer rachunku

Pełna nazwa i adres banku
macierzystego w USA

Dane o rachunku bankowym powinny być właściwe dla formatu ACH „Direct Deposit”.
Należy ustalić to z bankiem amerykańskim, w którym masz otwarty rachunek

Kod identyfikacyjny banku
macierzystego w USA

Imię i nazwisko właściciela rachunku

Rodzaj rachunku

☐

BIEŻĄCY/ CHECKING

☐

OSZCZĘDNOŚCIOWY/ SAVINGS

Nazwa i adres banku pośredniczącego

Wskaż bank pośredniczący (bank korespondent) dla banku macierzystego, w którym
posiadasz rachunek bankowy – o ile informacja ta jest niezbędna przy przekazaniu
należności lub możesz dostarczyć do ZUS instrukcję otrzymaną z banku macierzystego
dotyczącą przekazania świadczeń z zagranicy

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

Data

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 2 | 7 | 0 | 1 | 2 | 0 | 2 | 3 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|

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>