

WNIOSEK O ZASIŁEK CHOROBY

Instrukcja wypełniania

Wypełnij ten wniosek i prześlij go do nas, jeśli:

- prowadzisz pozarolniczą działalność,
- współpracujesz z osobą prowadzącą pozarolniczą działalność,
- współpracujesz z osobą fizyczną, o której mowa w art. 18 ust. 1 ustawy z 6 marca 2018 r. – Prawo przedsiębiorców,
- jesteś duchownym,
- jesteś niezdolny do pracy z powodu choroby po ustaniu zatrudnienia/ ubezpieczenia.

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											

Dane płatnika składek

Podaj dane płatnika, który opłaca lub opłacał za Ciebie składki na ubezpieczenie, z którego tytułu wnioskujesz teraz o zasiłek chorobowy

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	RANDSTAD POLSKA SP Z O O									

Składam wniosek o przyznanie zasiłku chorobowego:

od	<table border="1"><tr><td>0</td><td>1</td><td>0</td><td>3</td><td>2</td><td>0</td><td>2</td><td>3</td></tr></table>	0	1	0	3	2	0	2	3	do	<table border="1"><tr><td>0</td><td>1</td><td>0</td><td>3</td><td>2</td><td>0</td><td>2</td><td>3</td></tr></table>	0	1	0	3	2	0	2	3	Seria i nr ZLA	<table border="1"><tr><td>Z</td><td>M</td><td>3</td><td>7</td><td>9</td><td>2</td><td>7</td><td>2</td><td>0</td></tr></table>	Z	M	3	7	9	2	7	2	0
0	1	0	3	2	0	2	3																							
0	1	0	3	2	0	2	3																							
Z	M	3	7	9	2	7	2	0																						
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><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><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><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><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><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><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><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>									

Wniosek dotyczy okresu niezdolności do pracy z powodu choroby przypadającego

☐ w okresie ubezpieczenia chorobowego/ wypadkowego

☒ po ustaniu tytułu ubezpieczenia chorobowego/ wypadkowego

0	1	1	2	2	0	2	2
---	---	---	---	---	---	---	---

Podaj datę ustania tytułu ubezpieczenia

Wniosek dotyczy niezdolności do pracy z powodu

☐ choroby zawodowej ☐ wypadku przy pracy ☐ wypadku w drodze do pracy lub z pracy ☒ NIE

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	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 we wniosku są zgodne z prawdą. Jeżeli te dane zmienią się, zobowiązuję się poinformować o nich ZUS.

Data

1	3	0	9	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>