

Pieczętka płatnika składek, jeśli ją posiadasz

## ZAŚWIADCZENIE PŁATNIKA SKŁADEK

### Instrukcja wypełniania

Wypełnij to zaświadczenie i przekaż je do nas, jeśli osobie niebędącej pracownikiem 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                                                        | <div></div>                                       |  |  |  |              |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| REGON                                                      | <div></div>                                       |  |  |  |              |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                            | Podaj, jeśli nie podałeś NIP                      |  |  |  |              |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| PESEL                                                      | <div></div>                                       |  |  |  |              |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                            | Podaj, jeśli nie masz nadanego NIP i REGON        |  |  |  |              |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Rodzaj, seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość | <div></div>                                       |  |  |  |              |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                            | Podaj, jeśli nie masz nadanego NIP, REGON i PESEL |  |  |  |              |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Nazwa albo imię i nazwisko                                 | <div></div>                                       |  |  |  |              |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Ulica                                                      | <div></div>                                       |  |  |  |              |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Numer domu                                                 | <div></div>                                       |  |  |  | Numer lokalu | <div></div> |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Kod pocztowy                                               | <div></div>                                       |  |  |  | Miejscowość  | <div></div> |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Nazwa państwa                                              | <div></div>                                       |  |  |  |              |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                            | Podaj, jeśli Twój adres jest inny niż polski      |  |  |  |              |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

### Dane osoby ubezpieczonej

|                                                            |                                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|------------------------------------------------------------|------------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| PESEL                                                      | <div></div>                        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Data urodzenia                                             | <div></div>                        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                            | dd / mm / rrrr                     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                            | Podaj, jeśli nie ma nadanego PESEL |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Rodzaj, seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość | <div></div>                        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                            | Podaj, jeśli nie ma nadanego PESEL |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Imię                                                       | <div></div>                        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Nazwisko                                                   | <div></div>                        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

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

za okres

Podaj okres od-do, oraz – jeśli ubezpieczony występuje o zasiłek chorobowy lub opiekuńczy z powodu sprawowania opieki nad chorym dzieckiem lub chorym członkiem rodziny – podaj serię i numer zaświadczenia lekarskiego, jeśli je znasz

Wniosek o zasiłek macierzyński złożył w dniu

|                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |
|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| <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 datę złożenia wniosku o zasiłek macierzyński

## Informacje o ubezpieczeniu

Czy jest objęty ubezpieczeniem

w razie choroby i macierzyństwa (*ubezpieczenie chorobowe*)

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

z tytułu wypadków przy pracy i chorób zawodowych (*ubezpieczenie wypadkowe*)

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

- ☐ jako członek rolniczej spółdzielni produkcyjnej lub spółdzielni kółek rolniczych
- ☐ jako osoba wykonująca pracę na podstawie umowy agencyjnej lub umowy zlecenia albo innej umowy o świadczeniu usług, do której zgodnie z kodeksem cywilnym, stosuje się przepisy dotyczące zlecenia, lub jako osoba współpracująca
- ☐ jako osoba wykonująca umowę o pracę nakładczą
- ☐ jako osoba wykonująca odpłatnie pracę na podstawie skierowania do pracy w czasie odbywania kary pozbawienia wolności albo tymczasowego aresztowania
- ☐ jako poseł lub senator pobierający uposażenie
- ☐ jako osoba pobierająca stypendium sportowe
- ☐ jako słuchacz Krajowej Szkoły Administracji Publicznej pobierający stypendium
- ☐ jako osoba pobierająca stypendium w okresie odbywania szkolenia, stażu lub przygotowania zawodowego dorosłych, na które została skierowana przez powiatowy urząd pracy lub inny podmiot kierujący, albo osoba pobierająca stypendium na podstawie przepisów o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy w okresie odbywania studiów podyplomowych
- ☐ jako osoba odbywająca służbę zastępczą
- ☐ jako osoba sprawująca opiekę nad dzieckiem na podstawie umowy uaktywniającej w rozumieniu ustawy z dnia 4 lutego 2011 r. o opiece nad dzieckiem do lat 3
- ☐ jako doktorant, który otrzymuje stypendium doktoranckie

### Informacje o ubezpieczonym

1. Ubezpieczeniu chorobowemu podlega

Podaj datę, od kiedy podlega lub okres podlegania od-do

2. Ubezpieczeniu wypadkowemu podlega

Podaj datę, od kiedy podlega lub okres podlegania od-do

3. Czy tytuł ubezpieczenia ustał

☐

TAK

☐

NIE

dd / mm / rrrr

Jeśli TAK, podaj datę ustania

4. Czy niezdolność do pracy powstała z powodu:

☐

choroby zawodowej

☐

wypadku przy pracy

☐

wypadku w drodze do pracy lub z pracy

☐

TAK

☐

NIE

Jeśli TAK, to podaj dokument potwierdzający (decyzja/ karta wypadku), numer oraz datę jego sporządzenia

5. Czy w okresie niezdolności do pracy z powodu choroby, sprawowania opieki lub macierzyństwa

☐

korzysta z urlopu bezpłatnego

☐

przebywa w areszcie tymczasowym

☐

korzysta z urlopu wychowawczego

☐

odbywa karę pozbawienia wolności

☐

TAK

☐

NIE

Jeśli TAK, podaj okresy od-do

### Informacje o wypłaconych świadczeniach

1. Czy wypłaciłeś wynagrodzenie za okresy orzeczonej niezdolności do pracy w danym roku kalendarzowym na podstawie art. 92 Kodeksu pracy (dotyczy osoby wykonującej pracę nakładczą oraz osoby odbywającej służbę zastępczą)

☐

TAK

☐

NIE

Jeśli TAK, podaj okresy od-do oraz kod literowy. Podaj także okresy wynagrodzenia wypłaconego w poprzednim roku, wliczane do jednego okresu zasiłkowego

2. Czy wypłaciłeś zasiłek chorobowy/ świadczenie rehabilitacyjne

☐

TAK

☐

NIE

Jeśli TAK, podaj okresy od-do oraz kod literowy. Podaj okresy wliczone do jednego okresu zasiłkowego

3. Czy wypłaciłeś zasiłek macierzyński

☐

TAK

☐

NIE

Jeśli TAK, podaj okresy od-do oraz stawkę % zasiłku macierzyńskiego

4. Czy wypłaciłeś uposażenie/ stypendium/ inne świadczenie za okresy orzeczonej niezdolności do pracy (dotyczy tylko osób, o których mowa w pkt 5-8 sekcji *Informacje o ubezpieczeniu*)

☐

TAK

☐

NIE

Jeśli TAK, podaj okresy od-do oraz kod literowy. Podaj okresy wliczone do jednego okresu zasiłkowego



## POUCZENIE

Do *Zaświadczenia płatnika składek Z-3a* dołącz otrzymane od ubezpieczonego 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.

### **Czy składasz Zaświadczenie płatnika składek Z-3a przy zmianie rodzaju pobieranego przez ubezpieczonego zasiłku**

*Zaświadczenie płatnika składek Z-3a* złożź ponownie, jeśli zmieni się rodzaj pobieranego przez ubezpieczonego zasiłku. Nie dotyczy to świadczenia rehabilitacyjnego, jeżeli *Zaświadczenie płatnika składek Z-3a* złożyłeś do ustalenia prawa do zasiłku chorobowego.

### **Kiedy składasz Zaświadczenie płatnika składek Z-3a, jeśli Twój ubezpieczony jest chory lub opiekuje się chorym członkiem rodziny**

Pamiętaj, aby ZUS ustalił prawo do zasiłku Twojemu ubezpieczonemu musi otrzymać wniosek o zasiłek.

W czasie trwania ubezpieczenia, w imieniu ubezpieczonego, Ty składasz do ZUS wnioski o zasiłek. Wnioskiem tym jest – w przypadku pierwszego zwolnienia lekarskiego – *Zaświadczenie płatnika składek Z-3a*. Jeśli ZUS ma ustalić prawo do zasiłku za dalszy nieprzerwany okres choroby lub sprawowania opieki, wnioskiem jest:

*Zaświadczenie płatnika składek Z-3a* wypełnione do sekcji Informacja o ubezpieczonym, albo

*Zaświadczenie płatnika składek ZAS-12*.

*Zaświadczenie Z-3a/ ZAS-12* złożź:

jeśli masz profil PUE ZUS – w terminie 7 dni od dnia otrzymania zwolnienia lekarskiego na profilu,

jeśli nie masz profilu PUE ZUS lub masz, ale nie widzisz na nim zwolnienia lekarskiego – w terminie 7 dni od dnia, w którym otrzymałeś od ubezpieczonego wydruk zwolnienia lekarskiego lub zwolnienie wystawione przez lekarza na formularzu wydrukowanym z systemu teleinformatycznego (zwolnienie lekarskie wystawione w trybie alternatywnym).

Jeśli Twój ubezpieczony otrzymał 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-3a* lub *ZAS-12* prześlij do ZUS również otrzymane od ubezpieczonego zwolnienie lekarskie.

Jeśli nie masz profilu na PUE ZUS, a Twój ubezpieczony otrzymał od lekarza zwolnienie lekarskie wystawione w trybie alternatywnym razem z *Z-3a* lub *ZAS-12* prześlij do ZUS również otrzymane od ubezpieczonego zwolnienie lekarskie.

### **Sekcja: Informacja o ubezpieczeniu**

#### **Do pkt 1 i 2**

Wpisz datę początku i końca trwania ubezpieczenia (dzień, miesiąc, rok). W przypadku gdy ubezpieczenie trwa, wpisz tylko datę początkową.

#### **Do pkt 3**

Podaj czy tytuł ubezpieczenia ustał, czy trwa nadal; jeżeli ustał wpisz datę ustania tytułu ubezpieczenia.

#### **Do pkt 4**

Jeśli niezdolność do pracy jest spowodowana wypadkiem przy pracy, wypadkiem w drodze do pracy lub z pracy, do wniosku o zasiłek chorobowy powinna być dołączona karta wypadku.

W przypadku choroby zawodowej dołącz decyzję o stwierdzeniu choroby zawodowej i zaświadczenie lekarza, które stwierdza, że niezdolność do pracy pracownika jest spowodowana chorobą zawodową.

### **Sekcja: Informacje o wypłaconych świadczeniach**

#### **Do pkt 1**

Jeżeli w poprzednim roku kalendarzowym wypłaciłeś ubezpieczonemu wynagrodzenie chorobowe za okres wliczany do jednego okresu zasiłkowego, podaj również okresy wypłaty wynagrodzenia w poprzednim roku.

#### **Do pkt 2**

Do jednego okresu zasiłkowego wlicza się wszystkie okresy nieprzerwanej niezdolności do pracy, oraz okresy przedzielone przerwą, o ile przerwa pomiędzy ustaniem poprzedniej, a powstaniem ponownej niezdolności do pracy, która jest spowodowana tą samą chorobą lub tą samą przyczyną nie przekraczała 60 dni.

## **Sekcja: Pozostałe informacje**

Liczbę ubezpieczonych, ustala się według stanu na dzień 30 listopada poprzedniego roku kalendarzowego. Jeśli na ten dzień nie zgłaszałeś nikogo do ubezpieczenia chorobowego, liczbę ubezpieczonych ustala się według stanu na pierwszy miesiąc, w którym dokonałeś takiego zgłoszenia.

## **Sekcja: Informacje o przychodzie**

W tabeli w części dotyczącej przychodu stanowiącego podstawę wymiaru składek podaj kwoty niepominieszone o składki na ubezpieczenia społeczne.

### **Wyjaśnienia dotyczące podstawy wymiaru zasiłku ubezpieczonych, o których mowa w sekcji: Informacje o ubezpieczeniu w pkt 1–4 i 10–11**

Podstawę wymiaru zasiłku stanowi przychód przyjęty do podstawy wymiaru składek na ubezpieczenie chorobowe albo odpowiednio ubezpieczenie wypadkowe, po odliczeniu kwoty odpowiadającej 13,71% podstawy wymiaru składek, za okres 12 miesięcy kalendarzowych poprzedzających miesiąc, w którym powstała niezdolność do pracy.

Jeżeli wypłaciłeś ubezpieczonemu składniki przychodu za okresy dłuższe niż miesiąc (np. za okresy kwartalne, roczne lub inne), w sekcji Uwagi podaj poszczególne kwoty i okresy, za które zostały wypłacone.

W przypadku członków rolniczych spółdzielni produkcyjnych lub spółdzielni kółek rolniczych wyrównanie dniówek obrachunkowych wypłacane raz w roku potraktuj jako składnik roczny i wykaż je w sekcji Uwagi.

Jeśli ubezpieczony nie przepracował części miesiąca, za który przychód jest podany w tabeli, w sekcji Uwagi podaj przyczynę nieprzepracowania całego miesiąca.

Podstawy wymiaru zasiłku nie ustala się na nowo, jeżeli między okresami pobierania zasiłków zarówno tego samego rodzaju, jak i innego rodzaju nie było przerwy albo przerwa była krótsza niż 3 miesiące kalendarzowe. Jeżeli w związku z tym w tabeli podałeś przychód z innego okresu niż 12 miesięcy kalendarzowych poprzedzających miesiąc, w którym powstała niezdolność do pracy, w sekcji Uwagi podaj poprzedni(e) okres(y) pobierania zasiłku lub wynagrodzenia za okres choroby, pod warunkiem, że nie został(y) wykazany(e) w sekcji Informacje o wypłaconych świadczeniach.

### **Wyjaśnienie dotyczące ubezpieczonych, o których mowa w sekcji Informacje o ubezpieczeniu w pkt 5–8**

Podstawę wymiaru zasiłku chorobowego i świadczenia rehabilitacyjnego przysługującego po ustaniu ubezpieczenia wypadkowego stanowi przychód przyjęty do podstawy wymiaru składek na ubezpieczenie wypadkowe, za okres 12 miesięcy poprzedzających datę powstania nieprzerwanej niezdolności do pracy, po odliczeniu kwoty odpowiadającej 11,26% podstawy wymiaru składki na to ubezpieczenie.

### **Wyjaśnienie dotyczące ubezpieczonych, o których mowa w sekcji Informacje o ubezpieczeniu w pkt 9**

Podstawę wymiaru zasiłku dla osoby odbywającej służbę zastępczą stanowi kwota świadczenia pieniężnego, określona w przepisach o służbie zastępczej za miesiąc, w którym powstała niezdolność do pracy, po odliczeniu 13,71% tej kwoty.

## **Sekcja: Rachunek bankowy**

Podaj jeśli ubezpieczony wyraził wolę otrzymywania zasiłku na rachunek bankowy.

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

**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>