

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 albo osobą korzystającą z ulgi na start 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

REGON

Podaj, jeśli nie podałeś NIP

PESEL

Podaj, jeśli nie masz nadanego NIP i REGON

Rodzaj, seria i numer dokumentu  
potwierdzającego tożsamość

Podaj, jeśli nie masz nadanego NIP, REGON i PESEL

Nazwa albo imię i nazwisko

Ulica

Numer domu

Numer lokalu

Kod pocztowy

Miejscowość

Nazwa państwa

Podaj, jeśli Twój adres jest inny niż polski

Numer telefonu

Jeśli podasz nam tę informację, ułatwi nam to kontakt w Twojej sprawie.  
To pole jest dobrowolne

### Dane osoby ubezpieczonej

PESEL

Data urodzenia

dd / mm / rrrr

Podaj, jeśli nie ma nadanego numeru PESEL

Rodzaj, seria i numer dokumentu  
potwierdzającego tożsamość

Podaj, jeśli nie ma nadanego numeru PESEL

Imię

Nazwisko

Ulica

Numer domu  Numer lokalu

Kod pocztowy  Miejscowość

Nazwa państwa

Podaj, jeśli adres jest inny niż polski

## Rachunek bankowy

<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"/>	<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"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

Podaj, jeśli chcesz otrzymywać wypłatę zasiłku na rachunek bankowy. To pole jest dobrowolne. Jeśli nie wypełnisz tego pola, zasiłek wyślemy Tobie albo osobie współpracującej przekazem pocztowym na podany wyżej adres (nie powinien to być rachunek firmy)

## Ubezpieczony występuje o:

zasiłek chorobowy

za okres

Podaj okres zwolnienia (daty od–do) oraz – jeśli znasz – serię i numer zaświadczenia lekarskiego.

zasiłek opiekuńczy

za okres

Podaj okres zwolnienia (daty od–do) oraz – jeśli znasz – serię i numer zaświadczenia lekarskiego.

zasiłek macierzyński

za okres

Podaj okres (daty od–do).

świadczenie rehabilitacyjne

za okres

Podaj okres (daty od–do).

## Informacje o ubezpieczonym

1. Czy jest objęty:

- ubezpieczeniem w razie choroby i macierzyństwa (*ubezpieczenie chorobowe*)  TAK  NIE
- ubezpieczeniem 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 osoba współpracująca z osobą korzystającą z ulgi na start (o której mowa w art. 18 ust. 1 ustawy z 6 marca 2018 r. – Prawo przedsiębiorców)
- jako duchowny

2. 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

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

Data

dd		/	mm		/	rrrr	

Podpis osoby upoważnionej  
oraz pieczętka zawierająca imię i nazwisko

## 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 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 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 zaświadczenie lekarskie – zaświadczenie płatnika składek (druk Z-3b) lub wniosek o zasiłek chorobowy (druk ZAS-53),
- jeśli otrzymałeś kolejne zaświadczenie lekarskie za okres nieprzerwanej niezdolności do pracy:
  - zaświadczenie płatnika składek (druk Z-3b) wypełnione tylko do pkt 1 sekcji *Informacje o ubezpieczonym* albo
  - wniosek o zasiłek chorobowy (druk ZAS-53), albo
  - wydruk zaświadczenia lekarskiego e-ZLA, jeśli otrzymałeś go od lekarza.

Jeśli otrzymałeś zaświadczenie lekarskie wystawione na formularzu wydrukowanym z systemu teleinformatycznego (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-3b lub ZAS-53 prześlij do ZUS również otrzymane od lekarza zaświadczenie lekarskie.

Poinformuj ZUS o okolicznościach mających wpływ na prawo, wysokość i podstawę wymiaru zasiłku, który uległ 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 <https://bip.zus.pl/rodo>