

## Oświadczenie

### Instrukcja wypełniania

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

1. Wypełnij WIELKIMI LITERAMI
2. Pola wyboru zaznacz znakiem **X**
3. Wypełnij kolorem czarnym lub niebieskim (nie ołówkiem)
4. Zanim wypełnisz oświadczenie, zapoznaj się z **Pouczeniem**

### Twoje dane

PESEL	<input style="width: 100%;" type="text"/>	
Data urodzenia	<input style="width: 100%;" type="text"/>	
	<b>dd / mm / rrrr</b>	
	Podaj, jeśli nie masz nadanego numeru PESEL	
Rodzaj, seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość	<input style="width: 100%;" type="text"/>	
	Podaj, jeśli nie masz nadanego numeru PESEL	
Imię	<input style="width: 100%;" type="text"/>	
Nazwisko	<input style="width: 100%;" type="text"/>	
Ulica	<input style="width: 100%;" type="text"/>	
Numer domu	<input style="width: 50%;" type="text"/>	Numer lokalu <input style="width: 50%;" type="text"/>
Kod pocztowy	<input style="width: 50%;" type="text"/>	Miejscowość <input style="width: 50%;" type="text"/>
Nazwa państwa	<input style="width: 100%;" type="text"/>	
	Podaj, jeśli Twój adres jest inny niż polski	
Numer telefonu	<input style="width: 100%;" type="text"/>	
	Jeśli podasz nam tę informację, ułatwi nam to kontakt w Twojej sprawie. To jest pole dobrowolne	

### Dane płatnika składek

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

NIP	<input style="width: 100%;" type="text"/>
REGON	<input style="width: 100%;" type="text"/>
	Podaj, jeśli nie ma nadanego NIP
PESEL	<input style="width: 100%;" type="text"/>
	Podaj, jeśli nie ma nadanego NIP, REGON
Rodzaj, seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość	<input style="width: 100%;" type="text"/>
	Podaj, jeśli nie ma nadanego NIP, REGON, PESEL
Nazwa albo imię i nazwisko	<input style="width: 100%;" type="text"/>



4. Czy jesteś uprawniony do:

- zasiłku dla bezrobotnych                       zasiłku przedemerytalnego  
 świadczenia przedemerytalnego               nauczycielskiego świadczenia kompensacyjnego  
 rodzicielskiego świadczenia uzupełniającego

TAK     NIE       /     /      
 dd / mm / rrrr  
 Jeśli **TAK**, podaj od kiedy

5. Czy kontynuujesz lub podjąłeś inną działalność zarobkową

1) Czy prowadzisz

- gospodarstwo rolne     TAK     NIE      
 Jeśli **TAK**, podaj o jakiej powierzchni (ha przeliczeniowych)  
 – dział specjalny     TAK     NIE  
 Czy małżonek prowadzi     nie mam małżonka  
 – gospodarstwo rolne     TAK     NIE      
 Jeśli **TAK**, podaj o jakiej powierzchni (ha przeliczeniowych)  
 – dział specjalny     TAK     NIE

2) Czy podlegasz ubezpieczeniu społecznemu rolników     TAK     NIE

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

3) Czy podlegasz ubezpieczeniu społecznemu rolników, jako domownik rolnika     TAK     NIE

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

4) Czy prowadzisz działalność pozarolniczą lub współpracujesz z osobą prowadzącą działalność     TAK     NIE       /     /      
 dd / mm / rrrr  
 Jeśli **TAK**, podaj od kiedy

5) Czy masz zawartą umowę o pracę     TAK     NIE       /     /      
 dd / mm / rrrr  
 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       /     /      
 dd / mm / rrrr  
 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

TAK  NIE

/   /

dd / mm / rrrr

Jeśli TAK, podaj od kiedy

**Uwagi:**

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

Data

/   /

dd / mm / rrrr

Podpis

## Pouczenie

Zasiłek chorobowy po ustaniu tytułu ubezpieczenia chorobowego przysługuje, jeśli niezdolność do pracy z powodu choroby powstała:

- w czasie trwania zatrudnienia/ ubezpieczenia i trwa nieprzerwanie po ustaniu zatrudnienia/ ubezpieczenia,
- w ciągu 14 dni po ustaniu zatrudnienia/ ubezpieczenia i trwa nieprzerwanie co najmniej 30 dni,
- w ciągu 3 miesięcy (90 dni) po ustaniu zatrudnienia/ ubezpieczenia, jeśli niezdolność do pracy spowodowana jest chorobą zakaźną, której objawy ujawniają się po okresie dłuższym niż 14 dni od początku tej choroby i trwa nieprzerwanie co najmniej 30 dni (na zwolnieniu lekarskim lekarz powinien wpisać kod „E”).

Zasiłek chorobowy lub świadczenie rehabilitacyjne za okres po ustaniu tytułu ubezpieczenia chorobowego nie przysługują, gdy:

- masz ustalone prawo do emerytury lub renty z tytułu niezdolności do pracy niezależnie od systemu ubezpieczenia/ zaopatrzenia, na podstawie którego prawo do emerytury lub renty zostało ustalone,
- kontynuujesz działalność zarobkową lub podjąłeś działalność zarobkową, która stanowi tytuł do objęcia obowiązkowo lub dobrowolnie ubezpieczeniem chorobowym albo zapewnia prawo do świadczeń za okres niezdolności do pracy z powodu choroby,
- jesteś uprawniony do zasiłku dla bezrobotnych, zasiłku przedemerytalnego lub świadczenia przedemerytalnego, nauczycielskiego świadczenia kompensacyjnego, rodzicielskiego świadczenia uzupełniającego,
- podlegasz obowiązkowo ubezpieczeniu społecznemu rolników.

Zasiłek chorobowy i świadczenie rehabilitacyjne nie przysługują, jeśli wykonujesz pracę zarobkową lub wykorzystujesz zasiłek chorobowy albo świadczenie rehabilitacyjne niezgodnie z ich celem.

Powyższe zasady mają także zastosowanie do zasiłku chorobowego i świadczenia rehabilitacyjnego z ubezpieczenia wypadkowego.

Jeżeli pobierzesz zasiłek chorobowy lub świadczenie rehabilitacyjne za okres po ustaniu tytułu ubezpieczenia i nie poinformujesz ZUS o zaistnieniu okoliczności, które mają wpływ na prawo do tych świadczeń, świadczenia te zostaną uznane za nienależnie pobrane. Będą one podlegały zwrotowi wraz z odsetkami w wysokości i na zasadach określonych w przepisach prawa cywilnego.

**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 ustawa z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych.**

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>