

Pieczęć podmiotu wykonującego działalność leczniczą

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE O OKRESIE, W KTÓRYM UBEZPIECZONA MATKA DZIECKA PRZEBYWA W SZPITALU

Instrukcja wypełniania

Zaświadczenie to wystaw, jeśli musisz potwierdzić, że matka dziecka, która pobiera zasiłek macierzyński, jest w szpitalu. Zaświadczenie to jest niezbędne, aby:

- wstrzymać wypłatę zasiłku macierzyńskiego matce dziecka od dnia, w którym została przyjęta do szpitala,
- ustalić prawo do zasiłku macierzyńskiego dla ojca dziecka lub innego najbliższego członka rodziny za okres, w którym matka dziecka jest w szpitalu,
- wznowić wypłatę zasiłku macierzyńskiego matce dziecka od następnego dnia po dniu, w którym została wypisana ze szpitala,
- wstrzymać wypłatę zasiłku macierzyńskiego ojcu dziecka lub innemu najbliższemu członkowi rodziny od następnego dnia po dniu, w którym matka dziecka została wypisana ze szpitala.

1. Wypełnij WIELKIMI LITERAMI
2. Pola wyboru zaznacz znakiem **X**
3. Wypełnij kolorem czarnym lub niebieskim (nie ołówkiem)

Dane ubezpieczonej

PESEL

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 Rodzaj, seria i numer dokumentu
 potwierdzającego tożsamość

Podaj, jeśli nie ma nadanego numeru PESEL

Imię

Nazwisko

Zaświadczam, że ww. ubezpieczona

<input type="checkbox"/>	została przyjęta do szpitala w dniu	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table>																				
		dd / mm / rrrr																				

<input type="checkbox"/>	została wypisana ze szpitala w dniu	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table>																				
		dd / mm / rrrr																				

Data

dd	/	mm	/	rrrr	/	rrrr	/	rrrr	/	rrrr	/	rrrr	/	rrrr	/	rrrr	/	rrrr	/	rrrr

Pieczęć i podpis lekarza

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>