

**WNIOSEK PŁATNIKA SKŁADEK
NIEZOBOWIĄZANEGO DO WYPŁATY ZASIŁKÓW
O PRZEPROWADZENIE KONTROLI PRAWIDŁOWOŚCI WYKORZYSTYWANIA
ZWOLNIENIA LEKARKIEGO**

Instrukcja wypełniania

Wypełnij ten wniosek, jeśli chcesz abyśmy przeprowadzili kontrolę prawidłowości wykorzystywania zwolnień lekarskich od pracy przez pracownika/ osobę ubezpieczoną.

Jeśli wypłacasz zasiłek chorobowy, świadczenie rehabilitacyjne lub zasiłek opiekuńczy możesz sam przeprowadzić kontrolę prawidłowości wykorzystywania zwolnień lekarskich.

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

Dane płatnika składek

NIP										
REGON										
	Podaj, jeśli nie masz nadanego NIP									
PESEL										
	Podaj, jeśli nie masz nadanego NIP, REGON									
Rodzaj, seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość										
	Podaj, jeśli nie masz nadanego NIP, REGON, numeru PESEL									
Nazwa albo imię i nazwisko										
Ulica										
Numer domu		Numer lokalu								
Kod pocztowy		Miejscowość								
Nazwa państwa										
	Podaj, jeśli adres jest inny niż polski									

Dane osoby ubezpieczonej

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									

Proszę o przeprowadzenie kontroli prawidłowości wykorzystywania

☐ zwolnienia lekarskiego

OKRES 1:

Data od (dd/mm/rrrr): Data do (dd/mm/rrrr): Seria i numer numer ZUS ZLA:

od:

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

 do:

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

OKRES 2:

Data od (dd/mm/yyyy):	do:	Data do (dd/mm/yyyy):	do:	Seria i numer ZUS ZLA:
od:		do:		

OKRES 3:

Data od (dd/mm/rrrr):

do:

Data do (dd/mm/rrrr):

Seria i numer numer ZUS ZLA:

☐ świadczenia rehabilitacyjnego

Uwagi

Jeśli masz dodatkowe informacje, które moglibyśmy wykorzystać podczas kontroli np. podejrzewasz, że pracownik/ubezpieczony pracuje w okresie niezdolności do pracy albo w inny nieprawidłowy sposób wykorzystuje zwolnienie lekarskie/świadczenie rehabilitacyjne, podaj je.

Data							
	dd	/	mm	/	rrrr		

Czytelny podpis

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>