

Wniosek do ZUS o wypłatę zasiłku chorobowego

[MIEJSCOWOŚĆ], [DATA]

[IMIĘ I NAZWISKO]

[ADRES ZAMIESZKANIA]

[PESEL]

[NR RACHUNKU BANKOWEGO]

Zakład Ubezpieczeń Społecznych
Oddział w [MIEJSCOWOŚĆ]

WNIOSEK O WYPŁATĘ ZASIŁKU CHOROBOWEGO

Na podstawie art. 6 ust. 1 ustawy z dnia 25 czerwca 1999 r.
o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie
choroby i macierzyństwa wnoszę o wypłatę zasiłku chorobowego za
okres niezdolności do pracy od [DATA] do [DATA].

Niezdolność potwierdza zwolnienie lekarskie e-ZLA,
seria i numer [SERIA / NR e-ZLA].

Tytuł ubezpieczenia chorobowego: [np. umowa o pracę u [PRACODAWCA],
która ustała z dniem [DATA] / prowadzona działalność gospodarcza].

Oświadczam, że za wskazany okres nie otrzymałem(-am) wynagrodzenia
za czas choroby ani zasiłku z innego tytułu.

Zasiłek proszę przekazać na wskazany wyżej rachunek bankowy.

Załączniki:

- [wydruk e-ZLA / inne dokumenty potwierdzające niezdolność];
- [ew. świadectwo pracy].

[PODPIS]