

.....
(nazwisko i imię ubezpieczonego)

.....
(adres zamieszkania)

PESEL

NIP¹⁾

												X										
--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Seria i numer dowodu osobistego albo paszportu

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

**WNIOSEK
w sprawie przedłużenia okresu wypłaty zasiłku chorobowego**

Zwracam się o dalszą wypłatę zasiłku chorobowego ponad 6–9²⁾ miesięcy.
Informuję, że jestem – nie jestem²⁾ uprawniony do emerytury²⁾ – renty z tytułu niezdolności do pracy – z tytułu inwalidztwa²⁾, jeżeli tak, podać stopień niezdolności do pracy – grupę inwalidztwa²⁾ i nr akt²⁾. W dniu zgłosiłem wniosek o przyznanie emerytury²⁾ – renty z tytułu niezdolności do pracy²⁾, nie zgłaszałem wniosku o przyznanie emerytury²⁾ – renty z tytułu niezdolności do pracy²⁾.
Przedłużenie okresu zasiłkowego nie przysługuje osobie uprawnionej do renty z tytułu niezdolności do pracy.

.....
(miejscowość i data)

.....
(podpis ubezpieczonego)

Część I. Informacja o okresie niezdolności do pracy

Numer NUSP³⁾

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

NIP płatnika składek³⁾

REGON płatnika składek

												X										
--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

PESEL płatnika składek

Seria i numer dowodu osobistego lub paszportu

												X										
--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Pan(i) urodzony(a)
zatrudniony(a) – objęty(a) ubezpieczeniem chorobowym (ubezpieczony inny niż pracownik)²⁾ od dnia
do dnia jest niezdolny(a) do pracy od dnia z powodu choroby i w okresie
niezdolności do pracy otrzymał(a):
– wynagrodzenie za okres niezdolności do pracy od dnia do dnia
– zasiłek chorobowy od dnia do dnia
W związku z tym, że 6–9²⁾-miesięczny okres zasiłkowy skończy się z dniem, zwracam się o wydanie
orzeczenia w sprawie ewentualnego przedłużenia wypłaty zasiłku chorobowego.

.....
(pieczęć płatnika składek lub Zakładu Ubezpieczeń Społecznych)

.....
(data, podpis i pieczęćka upoważnionego pracownika)

Pouczenie:

Druk wniosku płatnik zasiłku doręcza ubezpieczonemu najpóźniej na 60 dni przed zakończeniem okresu zasiłkowego.

¹⁾ W razie gdy ubezpieczonemu nie nadano numeru PESEL i NIP albo jednego z nich, należy wpisać serię i numer dowodu osobistego lub paszportu.

²⁾ Niepotrzebne skreślić.

³⁾ Należy wpisać numery NUSP i NIP. W razie braku numeru NUSP należy wpisać numery NIP i REGON, a jeżeli płatnikowi składek nie nadano tych numerów albo jednego z nich, należy wpisać numer PESEL lub serię i numer dowodu osobistego albo paszportu.

Część II. Wniosek lekarza leczącego

.....
(pieczęć zakładu opieki zdrowotnej lub gabinetu prywatnego)

....., dnia

1. Rozpoznanie (w języku polskim)

Choroba podstawowa

Choroby współistniejące

2. Opis przebiegu choroby, stosowanego leczenia i rehabilitacji

3. Wyniki badań dodatkowych

4. Badany(a) jest nadal niezdolny(a) do pracy z powodu choroby, lecz dalsze leczenie lub rehabilitacja rokują odzyskanie(a) zdolności do pracy po wykorzystaniu przedłużonego okresu zasiłkowego: – tak – nie¹⁾

5. Uzasadnienie wniosku

6. Ubezpieczony jest: zdolny(a) – niezdolny(a)¹⁾ do odbycia podróży na badanie przez lekarza orzecznika (konsultanta) ZUS z powodu

.....
(miejscowość i data)

.....
(podpis i pieczęć lekarza leczącego)

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

(nr identyfikacyjny nadany przez ZUS)

Lekarz występujący z wnioskiem zobowiązany jest do dołączenia do wniosku dokumentacji leczenia oraz wyników badań pomocniczych uzasadniających celowość przedłużenia okresu zasiłkowego.

Część III. Orzeczenie lekarza orzecznika Zakładu Ubezpieczeń Społecznych

Stwierdzam, że przedłużenie okresu zasiłkowego: – jest – nie jest¹⁾ celowe.

¹⁾ Niepotrzebne skreślić.

....., dnia

.....
(podpis i pieczęć lekarza orzecznika)