

7. Płatnik składek wypłacił uposażenie - stypendium - inne świadczenie³⁾ za okres(y) orzeczonej niezdolności do pracy (dotyczy tylko osób, o których mowa w pkt 1 ppkt 7-11):

od dnia do dnia kod literowy

od dnia do dnia kod literowy

od dnia do dnia kod literowy

Należy podać tylko okresy wliczane do jednego okresu zasiłkowego.

8. Niezdolność do pracy powstała z powodu choroby zawodowej - wypadku przy pracy - wypadku w drodze do pracy lub z pracy³⁾.

Decyzja - karta wypadku ³⁾ nr z dnia

9. W okresie pobierania zasiłku chorobowego lub macierzyńskiego ubezpieczony: korzysta z urlopu bezpłatnego – korzysta z urlopu wychowawczego - przebywa w areszcie tymczasowym - odbywa karę pozbawienia wolności ³⁾. Jeżeli tak, podać okres(y):

.....

10. Załączone zaświadczenie lekarskie seria nr wpłynęło do płatnika składek w dniu

seria nr wpłynęło do płatnika składek w dniu

11. Liczba ubezpieczonych zgłaszanych do ubezpieczenia chorobowego.....

¹⁾ 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 lub innego dokumentu potwierdzającego tożsamość.

²⁾ W razie gdy ubezpieczonemu nie nadano numeru PESEL i NIP albo jednego z nich, należy wpisać serię i numer dowodu osobistego lub innego dokumentu potwierdzającego tożsamość.

³⁾ Niepotrzebne skreślić.

12. Uwagi:

Podstawa wymiaru					
Rok	Miesiąc	Liczba dni, które ubezpieczony:		Podstawa wymiaru składek	
		przepracował	był obowiązany przepracować	zł	gr

Z-3a

.....
(data, podpis i pieczęć oraz nr telefonu upoważnionego pracownika)