

.....  
(nazwisko i imię ubezpieczonego)

.....  
(adres zamieszkania)

PESEL

(NIP)<sup>1)</sup>

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

Seria i numer dowodu osobistego albo innego dokumentu potwierdzającego tożsamość

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

## WNIOSEK

### w sprawie przedłużenia okresu wypłaty zasiłku chorobowego

Zwracam się o dalszą wypłatę zasiłku chorobowego ponad 6- 9<sup>2)</sup> miesięcy.

Informuję, że jestem - nie jestem<sup>2)</sup>uprawniony do emerytury<sup>2)</sup>, renty z tytułu niezdolności do pracy- z tytułu inwalidztwa<sup>2)</sup>, jeżeli tak, podać stopień niezdolności do pracy - grupę inwalidztwa<sup>2)</sup> i nr akt .....<sup>2)</sup>. W dniu ..... zgłosiłem wniosek o przyznanie emerytury<sup>2)</sup> - renty z tytułu niezdolności do pracy<sup>2)</sup>, nie zgłaszałem wniosku o przyznanie emerytury<sup>2)</sup>- renty z tytułu niezdolności do pracy<sup>2)</sup>.

Przedłużenie okresu zasiłkowego nie przysługuje osobie uprawnionej do renty z tytułu niezdolności do pracy.

.....  
(miejsce i data)

.....  
(podpis ubezpieczonego)

#### Część I. Informacja o okresie niezdolności do pracy

Numer NUSP<sup>3)</sup>

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

(NIP) płatnika składek<sup>3)</sup>

REGON płatnika składek

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

PESEL płatnika składek

Seria i numer dowodu osobistego albo innego dokumentu potwierdzającego tożsamość

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

Pan(i).....urodzony(a) .....

zatrudniony(a) – objęty(a) ubezpieczeniem chorobowym (ubezpieczony inny niż pracownik)<sup>2)</sup> 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 - 9<sup>2)</sup> - miesięczny okres zasiłkowy skończy się z dniem ....., zwracamy się o wydanie  
orzeczenia w sprawie ewentualnego przedłużenia wypłaty zasiłku chorobowego.

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

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

#### Pouczenie:

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

<sup>1)</sup> W razie gdy ubezpieczonemu nie nadano numeru PESEL i NIP albo jednego z nich, należy wpisać serię i numer dowodu osobistego  
albo innego dokumentu potwierdzającego tożsamość.

<sup>2)</sup> Niepotrzebne skreślić.

<sup>3)</sup> 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  
innego dokumentu potwierdzającego tożsamość.

---

#### 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 - nie<sup>1)</sup>

---

5. Uzasadnienie wniosku

---

6. Ubezpieczony jest: zdolny(a) - niezdolny(a)<sup>1)</sup> 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 jest<sup>1)</sup> celowe.

---

<sup>1)</sup> Niepotrzebne skreślić.

....., dnia .....

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