

.....
imię i nazwisko wnioskodawcy

.....
miejscowość

.....
data

adres

.....
kod

.....
poczta



KASA ROLNICZEGO UBEZPIECZENIA SPOŁECZNEGO

Oddział Regionalny w

WNIOSEK O ZASIŁEK CHOROBY

- I. 1. Proszę o ustalenie uprawnień i wypłacenie zasiłku chorobowego z tytułu niezdolności do pracy za okres od
do
Do wniosku załączam szt. zwolnień lekarskich

2. Oświadczenie wnioskodawcy

a) wypełnić w przypadku gdy niezdolność do pracy powstała wskutek wypadku

Wypełnia wnioskodawca	Wypełnia terenowa placówka KRUS
Niezdolność do pracy za okres od do powstała wskutek wypadku przy pracy rolniczej w dniu	Potwierdza się, że zdarzenie z dnia zgłoszone w dniu uznane*, nie uznane* zostało za wypadek przy pracy rolniczej. inne uwagi Nr dokumentu
Wypadek nie został*, został* zgłoszony w dniu

b) Jestem domownikiem*, rolnikiem* i nie podlegam*, podlegam* ubezpieczeniu wypadkowemu, chorobowemu i macierzyńskiemu z mocy ustawy*,

na wniosek* w pełnym*, ograniczonym* zakresie od dnia do

c) Jednocześnie podlegam*, podlegałem w ciągu ostatniego roku* innemu ubezpieczeniu TAK — NIE.

Jeżeli tak podać z jakiego tytułu i do kiedy

.....
(w przypadku pozostawania w zatrudnieniu bądź wykonywania pracy na podstawie umowy agencyjnej lub umowy zlecenia podać nazwę zakładu pracy, a w przypadku prowadzenia działalności gospodarczej lub twórczej podać jaka to działalność)

d) Jestem emerytem*, rencistą* TAK — NIE.

Jeżeli tak podać numer i symbol świadczenia oraz organ rentowy, który wypłaca to świadczenie

e) Jestem inwalidą I grupy TAK — NIE.

f) Oświadczam ponadto, że z tytułu niezdolności do pracy za okres, o którym mowa w pkt 1 otrzymałem(am) już zasiłek chorobowy z innego ubezpieczenia TAK — NIE.

Jeżeli tak podać za jaki okres

.....
Prawdziwość podanych wyżej przeze mnie danych stwierdzam własnoręcznym podpisem

.....
miejscowość, data

.....
podpis wnioskodawcy

