

Andrzej Lis
imię i nazwisko wnioskodawcy
adres Korki 36
28-300 Korki
kod pocztowa

Krynica Zdrój 02.07.2016
miejscowość data



KASA ROLNICZEGO UBEZPIECZENIA SPOŁECZNEGO

Oddział Regionalny w

Krynica Zdrój

WNIOSEK O ZASIŁEK CHOROBY

I. 1. Proszę o ustalenie uprawnień i wypłacenie zasiłku chorobowego z tytułu niezdolności do pracy za okres od 02.07.2016
do 31.07.2016
Do wniosku załączam 1 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	Potwierdza się, że zdarzenie z dnia
od	zgłoszone w dniu uznane*, nie uznane* zostało
do	za wypadek przy pracy rolniczej.
powstała wskutek wypadku przy pracy rolniczej	inne uwagi
w dniu	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 15.02.2015 do

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

Jeżeli tak podać z jakiego tytułu i do kiedy nie dotyczy

(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 nie dotyczy

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 nie dotyczy

Prawdziwość podanych wyżej przeze mnie danych stwierdzam własnoręcznym podpisem

Krynica Zdrój
miejscowość, data

podpis wnioskodawcy

II. WYPEŁNIA ORGAN RENTOWY

Oddział KRUS
ul. Kłymicy 20vuj
pieczęć organu rentowego

02.07.2016
data wpływu wniosku

1. Poświadczam się, że wnioskodawca Pan(i)

Andrzej Lis
imię i nazwisko

~~nie podlega~~*, podlega* ubezpieczeniu wypadkowemu, chorobowemu i macierzyńskiemu z mocy ustawy*, ~~na wniosek~~* w pełnym*,
~~ograniczonym~~* zakresie od 15.02.2015. do
jako rolnik*, ~~domownik~~*.
dokładna data zgłoszenia do ubez.

2. Zaległość w opłacaniu składek wynosi

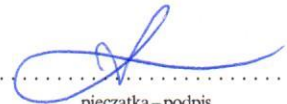
nie dotyczy

zł

za okres od do

3. Inne uwagi

02.07.2016
data


pieczęć – podpis

* niepotrzebne skreślić