



Pieczęć podmiotu wykonującego działalność
 leczniczą

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE O OKRESIE, W KTÓRYM UBEZPIECZONA MATKA DZIECKA PRZEBYWA W SZPITALU

Instrukcja wypełniania

Zaświadczenie to wystaw, jeśli musisz potwierdzić, że matka dziecka, która pobiera zasiłek macierzyński, jest w szpitalu. Zaświadczenie to jest niezbędne, aby: wstrzymać wypłatę zasiłku macierzyńskiego matce dziecka od dnia, w którym została przyjęta do szpitala, ustalić prawo do zasiłku macierzyńskiego dla ojca dziecka lub innego najbliższego członka rodziny za okres, w którym matka dziecka jest w szpitalu, wznowić wypłatę zasiłku macierzyńskiego matce dziecka od następnego dnia po dniu, w którym została wypisana ze szpitala lub wstrzymać wypłatę zasiłku macierzyńskiego ojcu dziecka lub innemu najbliższemu członkowi rodziny od następnego dnia po dniu, w którym matka dziecka została wypisana ze szpitala.

1. Wypełnij WIELKIMI LITERAMI
2. Pola wyboru zaznacz znakiem **X**
3. Wypełnij kolorem czarnym lub niebieskim (nie ołówkiem)

Dane ubezpieczonej

PESEL	<input style="width: 100%;" type="text"/>		
Data urodzenia	<input style="width: 20%;" type="text"/>	<input style="width: 20%;" type="text"/>	<input style="width: 60%;" type="text"/>
	dd	/ mm	/ rrrr
	Podaj, jeśli nie ma nadanego numeru PESEL		
Rodzaj, seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość	<input style="width: 100%;" type="text"/>		
	Podaj, jeśli nie ma nadanego numeru PESEL		
Imię	<input style="width: 100%;" type="text"/>		
Nazwisko	<input style="width: 100%;" type="text"/>		
Ulica	<input style="width: 100%;" type="text"/>		
Numer domu	<input style="width: 50%;" type="text"/>	Numer lokalu	<input style="width: 50%;" type="text"/>
Kod pocztowy	<input style="width: 50%;" type="text"/>	Miejscowość	<input style="width: 50%;" type="text"/>
Nazwa państwa	<input style="width: 100%;" type="text"/>		
	Podaj, jeśli adres jest inny niż polski		

Zaświadczam, że ww. ubezpieczona

<input type="checkbox"/> została przyjęta do szpitala w dniu <input style="width: 100%;" type="text"/>	<input type="checkbox"/> została wypisana ze szpitala w dniu <input style="width: 100%;" type="text"/>
dd / mm / rrrr	dd / mm / rrrr

Data

dd / mm / rrrr

 Pieczęć i podpis lekarza

Informacje, o których mowa w art. 13 ust. 1 i 2 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (RODO), są dostępne w centrali lub terenowych jednostkach organizacyjnych ZUS oraz na stronie internetowej ZUS pod adresem: <https://bip.zus.pl/rodo>