. . . . . .
imię i nazwisko wnioskodawcy

. . . . . .
miejscowość data

adres . . . . . .

. . . . . .
kod poczta

KASA ROLNICZEGO UBEZPIECZENIA SPOŁECZNEGO

Oddział Regionalny w . . . . . .

WNIOSEK
O ZASIŁEK CHOROBOWY

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 . . . . . . Wypadek nie został*, został* zgłoszony w dniu	Potwierdza się, że zdarzenie z dnia . . . . . . zgłoszone w dniu . . . . . uznane*, nie uznane* zostało za wypadek przy pracy rolniczej. . . . . . . inne uwagi Nr dokumentu . . . .

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

KRUS SR-22

II. WYPEŁNIA ORGAN RENTOWY

. . . . . .
pieczątka organu rentowego

. . . . . .
data wpływu wniosku

1. Poświadcza się, że wnioskodawca Pan(i) . . . . . .
imię i nazwisko

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

2. Zaległość w opłacaniu składek wynosi . . . . . zł

za okres od . . . . . do . . . . . .

3. Inne uwagi . . . . . .

. . . . . .

. . . . . .

. . . . . .
data

. . . . . .
pieczątka – podpis

* niepotrzebne skreślić