

Należy wypełnić obowiązkowo drukowanymi literami punkty:

PLATNIK WYPEŁNIA POLA W WYZNACZONYCH KRATKACH KOMPUTEROWO, NA MASZYNIE LUB RĘCZNIE
DUŻYMI DRUKOWANYMI LITERAMI, CZARNYM LUB NIEBIESKIM KOLOREM.

ZAKŁAD UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH		ZUS	ZUA	strona: 1	ZGŁOSZENIE DO UBEZPIECZEŃ / ZGŁOSZENIE ZMIANY DANYCH OSOBY UBEZPIECZONEJ	
I. DANE ORGANIZACYJNE						
☒ 01. ZGŁOSZENIE DO UBEZPIECZEŃ (jeśli TAK, wpisać X)					☐ 02. ZGŁOSZENIE ZMIANY (wpisać - 1) / KOREKTY (wpisać - 2) DANYCH OSOBY UBEZPIECZONEJ (nie dotyczy zmiany danych identyfikacyjnych) ¹⁾	
03. Data nadania (dd / mm / rrrr)					04. Nalepka „R”	
II. DANE IDENTYFIKACYJNE PŁATNIKA SKŁADEK						
01. Numer NIP (wpisać bez kresek)					02. Numer REGON	
03. Numer PESEL ²⁾					04. Rodzaj dokumentu: jeśli dowód osobisty, wpisać 1, jeśli paszport - 2	
06. Nazwa skrócona					05. Seria i numer dokumentu	
07. Nazwisko						
08. Imię pierwsze					09. Data urodzenia (dd / mm / rrrr)	
III. DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY ZGŁASZANEJ DO UBEZPIECZEŃ						
01. Numer PESEL ²⁾					02. 03. Rodzaj dokumentu (wypełnić jak pole II.04)	
05. Nazwisko					04. Seria i numer dokumentu	
06. Imię pierwsze					07. Data urodzenia (dd / mm / rrrr)	
IV. DANE EWIDENCYJNE OSOBY ZGŁASZANEJ DO UBEZPIECZEŃ						
01. Imię drugie					IV.01-IV.04	
02. Nazwisko rodowe						
03. Obywatelstwo					04. Płeć (wpisać: K - kobieta, M - mężczyzna)	
V. TYTUŁ UBEZPIECZENIA						
01. Kod tytułu ubezpieczenia ³⁾					VI.01 (data - wpisać pierwszy dzień stażu!)	
VI. DANE O OBOWIĄZKOWYCH UBEZPIECZENIACH SPOŁECZNYCH					Osoba zgłaszana podlega ubezpieczeniom: (wpisać X w odpowiednim polu)	
01. Data powstania obowiązku ubezpieczeń (dd / mm / rrrr)					02. Emerytalnemu ☒ 04. Chorobowemu ☐	
					03. Rentowym ☒ 05. Wypadkowemu ☒	
VII. DANE O OBOWIĄZKOWYM UBEZPIECZENIU ZDROWOTNYM						
01. Data powstania obowiązku ubezpieczenia (dd / mm / rrrr)					02. Kod oddziału NFZ	
					Proszę o wpisanie kodu NFZ	
VIII. DANE O DOBROWOLNYCH UBEZPIECZENIACH SPOŁECZNYCH						
Wnoszę o objęcie ubezpieczeniami: (wpisać X w odpowiednim polu)					01. Emerytalnym ☐ 03. Rentowymi ☐ 05. Chorobowym ☐	
02. Od dnia (dd / mm / rrrr)					04. Od dnia (dd / mm / rrrr) 06. Od dnia (dd / mm / rrrr)	
IX. DANE O DOBROWOLNYM UBEZPIECZENIU ZDROWOTNYM						
01. Data rozpoczęcia ubezpieczenia (dd / mm / rrrr)					02. Kod oddziału NFZ	
X. INNE DANE O OSOBE ZGŁASZANEJ DO UBEZPIECZEŃ⁴⁾						
01. Kod wykonywanego zawodu					02. Kod pracy w szczególnych warunkach / w szczególnym charakterze	
03. Okres pracy w szczególnych warunkach / w szczególnym charakterze (dd / mm / rrrr)					04. Okres pracy w szczególnych warunkach / w szczególnym charakterze (dd / mm / rrrr)	

XI.01-XI.07 (dane adresowe zgodnie z danymi na umowie stażowej!)

PLATNIK WYPEŁNIA POLA W WYZNACZONYCH KRATKACH KOMPUTEROWO, NA MASZYNIE LUB RĘCZNIE
DUŻYMI DUKOWANYMI LITERAMI, CZARNYM LUB NIEBIESKIM KOLOREM.

ZAKŁAD UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH	ZUS	ZUA	strona: 2	ZGŁOSZENIE DO UBEZPIECZEŃ ZGŁOSZENIE ZMIANY DANYCH OSOBY UBEZPIECZONEJ
-----------------------------------	-----	-----	-----------	---

XI. ADRES ZAMELDOWANIA NA STAŁE MIEJSCE POBYTU

01. Kod pocztowy	02. Miejscowość
03. Gmina / Dzielnica	
04. Ulica	
05. Numer domu	06. Numer lokalu
07. Numer telefonu	08. Symbol państwa - zagraniczny kod pocztowy (wypełnić w przypadku, gdy adres jest inny niż polski)

XII. ADRES ZAMIESZKANIA (wpisać, jeśli adres zamieszkania jest inny niż adres zameldowania na stałe miejsce pobytu)

01. Kod pocztowy	02. Miejscowość
03. Gmina / Dzielnica	
04. Ulica	
05. Numer domu	06. Numer lokalu
07. Numer telefonu	08. Symbol państwa - zagraniczny kod pocztowy (wypełnić w przypadku, gdy adres jest inny niż polski)

XIII. ADRES DO KORESPONDENCJI (wpisać, jeśli adres do korespondencji jest inny niż adres zameldowania na stałe miejsce pobytu lub adres zamieszkania)

01. Kod pocztowy	02. Miejscowość
03. Ulica	
04. Numer domu	05. Numer lokalu
06. Skrytka pocztowa	07. Numer telefonu
08. Symbol państwa - zagraniczny kod pocztowy (wypełnić w przypadku, gdy adres jest inny niż polski)	
09. Adres poczty elektronicznej	

XIV. OŚWIADCZENIE PŁATNIKA SKŁADEK

01. Data wypełnienia (dd / mm / rrrr)

Oświadczam, że dane zawarte w formularzu są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym. Jestem świadomy(-ma) odpowiedzialności karnej za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy.

02. Podpis płatnika lub osoby upoważnionej

03. Pieczęćka płatnika

XV. OŚWIADCZENIE OSOBY ZGŁASZANEJ / ZGŁOSZONEJ DO UBEZPIECZENIA

Oświadczam, że dane zawarte w formularzu są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym. Jestem świadomy(-ma) odpowiedzialności karnej za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy.

01. Podpis osoby zgłaszanej / zgłoszonej do ubezpieczenia

XV.01 - (złożyć podpis czytelny)

XVI. ADNOTACJE ZUS

¹W przypadku zmiany danych identyfikacyjnych należy wypełnić formularz ZUS ZIUA.

²Numer PESEL podaje się, o ile został nadany.

³Dla określonego kodu tytułu ubezpieczenia należy wypełnić formularz ZUS ZAA..

⁴Blok X. wypełnia się w celu zgłoszenia / korekty danych dotyczących okresu sprzed 1 stycznia 2009 r.