

ZAKŁAD UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH	ZUS	ZUA	strona: 1	ZGŁOSZENIE DO UBEZPIECZEŃ / ZGŁOSZENIE ZMIANY DANYCH OSOBY UBEZPIECZONEJ
-----------------------------------	-----	-----	-----------	---

I. DANE ORGANIZACYJNE

01. ZGŁOSZENIE DO UBEZPIECZE
(je li TAK, wpisa X)

03. Data nadania (dd / mm / rrrr)

--	--	--	--

02. ZGŁOSZENIE ZMIANY (wpisa - 1) / KOREKTY (wpisa - 2)
DANYCH OSOBY UBEZPIECZONEJ
(nie dotyczy zmiany danych identyfikacyjnych)¹⁾

04. Nalepka „R”

--	--	--	--

II. DANE IDENTYFIKACYJNE PLATNIKA SKŁADEK

01. Numer NIP (wpisa bez kresek)

--	--	--	--

02. Numer REGON

--	--	--	--

03. Numer PESEL²⁾

--	--	--	--

04. Rodzaj dokumentu:
je li dowód osobisty, wpisa 1,
je li paszport - 2

05. Seria i numer dokumentu

--	--	--	--

06. Nazwa skrócona

--	--	--	--

07. Nazwisko

--	--	--	--

08. Imię pierwsze

--	--	--	--

09. Data urodzenia (dd / mm / rrrr)

--	--	--	--

II. DANE IDENTYFIKACYJNE
PLATNIKA SKŁADEK

III. DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY ZGŁASZANEJ DO UBEZPIECZEŃ

01. Numer PESEL²⁾

--	--	--	--

02. Numer NIP (wpisa bez kresek)

--	--	--	--

03. Rodzaj dokumentu

(wypełnić jak pole II.04)

--	--

04. Seria i numer dokumentu

--	--	--	--

05. Nazwisko

--	--	--	--

06. Imię pierwsze

--	--	--	--

07. Data urodzenia (dd / mm / rrrr)

--	--	--	--

III. DANE IDENTYFIKACYJNE
OSOBY ZGŁASZANEJ
DO UBEZPIECZEŃ

IV. DANE EWIDENCYJNE OSOBY ZGŁASZANEJ DO UBEZPIECZEŃ

01. Imię drugie

--	--	--	--

02. Nazwisko rodowe

--	--	--	--

03. Obywatelstwo

--	--	--	--

04. Płeć (wpisać: K - kobieta,
M - mężczyzna)

V. TYTUŁ UBEZPIECZENIA

01. Kod tytułu ubezpieczenia³⁾

--	--	--	--

VI. DANE O OBOWIĄZKOWYCH UBEZPIECZENIACH SPOŁECZNYCH

01. Data powstania
obowi zku ubezpiecze
(dd / mm / rrrr)

--	--	--	--

Osoba zgłaszana podlega ubezpieczeniom:
(wpisać X w odpowiednim polu)

02. Emerytalnemu

04. Chorobowemu

03. Rentowym

05. Wypadkowemu

VII. DANE O OBOWIĄZKOWYM UBEZPIECZENIU ZDROWOTNYM

01. Data powstania
obowi zku ubezpieczenia
(dd / mm / rrrr)

--	--	--	--

02. Kod oddziału 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 OSOBIE 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)

--	--	--	--

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 (wypełni w przypadku, gdy adres jest inny niż polski)

XII. ADRES ZAMIESZKANIA (wpisać, jeżeli 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 (wypełni w przypadku, gdy adres jest inny niż polski)

XIII. ADRES DO KORESPONDENCJI (wpisać, jeżeli 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 (wypełni w przypadku, gdy adres jest inny niż polski)
09. Adres poczty elektronicznej

XIV. O WIADCZENIE PŁATNIKA SKŁADEK

01. Data wypełnienia (dd / mm / rrrr)

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

02. Podpis płatnika lub osoby upoważnionej

03. Pieczęćka płatnika

XV. O WIADCZENIE OSOBY ZGŁASZANEJ / ZGŁOSZONEJ DO UBEZPIECZENIA

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

01. Podpis osoby zgłaszanej / zgłoszonej do ubezpieczenia

XVI. ADNOTACJE ZUS

¹⁾W przypadku zmiany danych identyfikacyjnych należy wypełnić formularz ZUS ZIUA.
²⁾Numer PESEL podaje się, o ile został nadany.
³⁾Dla określonego kodu tytułu ubezpieczenia należy wypełnić formularz ZUS ZAA.
⁴⁾Blok X. wypełnia się w celu zgłoszenia / korekty danych dotyczących okresu sprzed 1 stycznia 2009 r.