

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)

03. Data nadania (dd / mm / rrrr)

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

04. Nalepka „R”

04. Nalepka „R”

II. DANE IDENTYFIKACYJNE PLATNIKA SKŁADEK

01. Numer NIP (wpisać bez kresek)

01. Numer NIP (wpisać bez kresek)

02. Numer REGON

02. Numer REGON

03. Numer PESEL²⁾

03. Numer PESEL²⁾

04. Rodzaj dokumentu:
jeśli dowód osobisty, wpisać 1,
jeśli paszport - 2

05. Seria i numer dokumentu

05. Seria i numer dokumentu

06. Nazwa skrócona

06. Nazwa skrócona

07. Nazwisko

07. Nazwisko

08. Imię pierwsze

08. Imię pierwsze

09. Data urodzenia (dd / mm / rrrr)

09. Data urodzenia (dd / mm / rrrr)

II. DANE IDENTYFIKACYJNE
PLATNIKA SKŁADEK

III. DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY ZGŁASZANEJ DO UBEZPIECZEŃ

01. Numer PESEL²⁾

01. Numer PESEL²⁾

02.

02.

03. Rodzaj dokumentu
(wypełnić jak pole II.04)

04.

04. Seria i numer dokumentu

05. Nazwisko

05. Nazwisko

06. Imię pierwsze

06. Imię pierwsze

07. Data urodzenia (dd / mm / rrrr)

07. Data urodzenia (dd / mm / rrrr)

III. DANE IDENTYFIKACYJNE
OSOBY ZGŁASZANEJ
DO UBEZPIECZEŃ

IV. DANE EWIDENCYJNE OSOBY ZGŁASZANEJ DO UBEZPIECZEŃ

01. Imię drugie

01. Imię drugie

02. Nazwisko rodowe

02. Nazwisko rodowe

03. Obywatelstwo

03. Obywatelstwo

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

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

V. TYTUŁ UBEZPIECZENIA

01. Kod tytułu ubezpieczenia³⁾

01. Kod tytułu ubezpieczenia³⁾

VI. DANE O OBOWIĄZKOWYCH UBEZPIECZENIACH SPOŁECZNYCH

01. Data powstania
obowiązku ubezpieczeń
(dd / mm / rrrr)

01. Data powstania
obowiązku ubezpieczeń
(dd / mm / rrrr)

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

02. Emerytalnemu

02. Emerytalnemu

04. Chorobowemu

04. Chorobowemu

03. Rentowym

03. Rentowym

05. Wypadkowemu

05. Wypadkowemu

VII. DANE O OBOWIĄZKOWYM UBEZPIECZENIU ZDROWOTNYM

01. Data powstania
obowiązku ubezpieczenia
(dd / mm / rrrr)

01. Data powstania
obowiązku ubezpieczenia
(dd / mm / rrrr)

02. Kod oddziału NFZ

02. Kod oddziału NFZ

VIII. DANE O DOBROWOLNYCH UBEZPIECZENIACH SPOŁECZNYCH

Wnoszę o objęcie ubezpieczeniami:
(wpisać X w odpowiednim polu)

01. Emerytalnym

01. Emerytalnym

02. Od dnia (dd / mm / rrrr)

02. Od dnia (dd / mm / rrrr)

03. Rentowymi

03. Rentowymi

04. Od dnia (dd / mm / rrrr)

04. Od dnia (dd / mm / rrrr)

05. Chorobowym

05. Chorobowym

06. Od dnia (dd / mm / rrrr)

06. Od dnia (dd / mm / rrrr)

IX. DANE O DOBROWOLNYM UBEZPIECZENIU ZDROWOTNYM

01. Data rozpoczęcia
ubezpieczenia (dd / mm / rrrr)

01. Data rozpoczęcia
ubezpieczenia (dd / mm / rrrr)

02. Kod oddziału NFZ

02. Kod oddziału NFZ

X. INNE DANE O OSOBE ZGŁASZANEJ DO UBEZPIECZEŃ

01. Kod wykonywanego
zawodu⁴⁾

01. Kod wykonywanego
zawodu⁴⁾

02. Kod pracy w szczególnych
warunkach / w szczególnym charakterze⁵⁾

02. Kod pracy w szczególnych
warunkach / w szczególnym charakterze⁵⁾

03. Okres pracy w szczególnych warunkach / w szczególnym charakterze⁵⁾
(dd / mm / rrrr)

03. Okres pracy w szczególnych warunkach / w szczególnym charakterze⁵⁾
(dd / mm / rrrr)

XI. ADRES ZAMELDOWANIA NA STAŁE MIEJSCE POBYTU

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

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

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

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
<input type="text"/>	<input type="text"/>
03. Ulica	
<input type="text"/>	
04. Numer domu	05. Numer lokalu
<input type="text"/>	<input type="text"/>
06. Skrytka pocztowa	07. Numer telefonu
<input type="text"/>	<input type="text"/>
08. Symbol państwa - zagraniczny kod pocztowy (wypełnić w przypadku, gdy adres jest inny niż polski)	09. Adres poczty elektronicznej
<input type="text"/>	<input type="text"/>

XIV. OŚWIADCZENIE PLATNIKA SKŁADEK

01. Data wypełnienia (dd / mm / rrrr)

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

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 składek lub osoby upoważnionej

03. Pieczętka płatnika składek

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

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⁾ Należy wpisać, kod wykonywanego zawodu. Kod zawodu stanowi sześciocyfrowy numer określony w załączniku do rozporządzenia w sprawie klasyfikacji zawodów i specjalności na potrzeby rynku pracy oraz zakresu jej stosowania.
⁵⁾ Pola te wypełnia się w celu zgłoszenia / korekty danych dotyczących okresu sprzed dnia 1 stycznia 2009 r.