

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”

II. DANE IDENTYFIKACYJNE PŁATNIKA SKŁADEK

01. Numer NIP (wpisać bez kresek)

03. Numer PESEL ²⁾

02. Numer REGON

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

05. Seria i numer dokumentu

06. Nazwa skrócona

07. Nazwisko

08. Imię pierwsze

09. Data urodzenia (dd / mm / rrrr)

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

04. Seria i numer dokumentu

05. Nazwisko

01. Numer PESEL²⁾

02.

02.

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

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

04. Seria i numer dokumentu

05. Nazwisko

06. Imię pierwsze

07. Data urodzenia (dd / mm / rrrr)

01. Imię drugie

02. Nazwisko rodowe

03. Obywatelstwo

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

01. Kod tytułu ubezpieczenia ³⁾
--

V. TYTUŁ UBEZPIECZENIA

01. Kod tytułu ubezpieczenia³⁾

01. Emerytalnym

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

02. Emerytalnemu 04. Chorobowemu

03. Rentowym 05. Wypadkowemu

VI. DANE O OBOWIĄZKOWYCH UBEZPIECZENIACH SPOŁECZNYCH

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

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

VII. DANE O OBOWIĄZKOWYM UBEZPIECZENIU ZDROWOTNYM

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

02. Kod oddziału NFZ

03. Rentowymi

04. Od dnia (dd / mm / rrrr)

05. Chorobowym

05. Chorobowym

06. Od dnia (dd / mm / rrrr)

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

VIII. DANE O DOBROWOLNYCH UBEZPIECZENIACH SPOŁECZNYCH

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

01. Emerytalnym

02. Od dnia (dd / mm / rrrr)

02. Kod oddziału NFZ

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

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

IX. DANE O DOBROWOLNYM UBEZPIECZENIU ZDROWOTNYM

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

01. Kod wykonywanego zawodu ⁴⁾
--

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

02. Okres pracy w szczególnych warunkach / w szczególnym charakterze ⁵⁾ (dd / mm / rrrr)
--

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

03. Okres pracy w szczególnych warunkach / w szczególnym charakterze ⁵⁾ (dd / mm / rrrr)
--

X. INNE DANE O OSOBE ZGŁASZANEJ DO UBEZPIECZEŃ

01. Kod wykonywanego
zawodu⁴⁾

01. Kod wykonywanego zawodu ⁴⁾
--

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

02. Okres pracy w szczególnych warunkach / w szczególnym charakterze ⁵⁾ (dd / mm / rrrr)
--

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

03. Okres pracy w szczególnych warunkach / w szczególnym charakterze ⁵⁾ (dd / mm / rrrr)
--

II. DANE IDENTYFIKACYJNE
PŁATNIKA SKŁADEK

III. DANE IDENTYFIKACYJNE
OSOBY ZGŁASZANEJ
DO UBEZPIECZEŃ

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 PLATNIKA 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 składek lub osoby upoważnionej

03. Pieczęć 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.