

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

II. DANE IDENTYFIKACYJNE PLATNIKA SKŁADEK

I. DANE ORGANIZACYJNE

01. ZGŁOSZENIE DO UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH I DO UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO ¹⁾ 02. ZGŁOSZENIE DO UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH ¹⁾ 03. ZGŁOSZENIE ZMIANY (wpisać - 1) / KOREKTY (wpisać - 2) DANYCH OSOBY UBEZPIECZONEJ (nie dotyczy zmiany danych identyfikacyjnych) ²⁾

04. Data nadania (dd / mm / rrrr) 05. Nalepka "R"

II. DANE IDENTYFIKACYJNE PLATNIKA SKŁADEK

01. NIP (wpisać bez kresek) 02. REGON

03. PESEL INNY NUMER 04. Rodzaj dokumentu: 05. Seria i numer dokumentu
jeśli dowód osobisty, wpisać 1, jeśli paszport - 2

06. Nazwa skrócona 07. Nazwisko

08. Imię pierwsze 09. Data urodzenia (dd / mm / rrrr)

III. DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY ZGŁASZANEJ DO UBEZPIECZENIA

III. DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY ZGŁASZANEJ DO UBEZPIECZEŃ

01. PESEL 02. NIP (wpisać 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)

IV. DANE EWIDENCYJNE OSOBY ZGŁASZANEJ DO UBEZPIECZEŃ

01. Imię drugie 02. Nazwisko rodowe 03. Obywatelstwo 04. Płeć (wpisać: K - kobieta, M - mężczyzna)

05. 06.

V. TYTUŁ UBEZPIECZENIA

01. Kod tytułu ubezpieczenia ³⁾⁴⁾ 02.

VI. DANE O OBOWIĄZKOWYCH UBEZPIECZENIACH SPOŁECZNYCH

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

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

03. Emerytalnemu 04. Rentowym 05. Chorobowemu 06. Wypadkowemu

VII. DANE O OBOWIĄZKOWYM UBEZPIECZENIU ZDROWOTNYM

01. Data powstania obowiązku 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) 03. Rentowymi 04. Od dnia (dd / mm / rrrr) 05. Chorobowym 06. Od dnia (dd / mm / rrrr)

IX. DANE O DOBROWOLNYM UBEZPIECZENIU ZDROWOTNYM

01. Data rozpoczęcia ubezpieczenia (dd / mm / rrrr) 02. zł, gr

X. INNE DANE O OSOBE ZGŁASZANEJ DO UBEZPIECZEŃ

01. 02.

03. 04. 05. Kod wykonywanego zawodu ³⁾

06. 07. 08.

ZAKŁAD UBEZPIECZEŃ
SPOŁECZNYCH

ZUS ZUA

strona: 2

ZGŁOSZENIE DO UBEZPIECZEN /
ZGŁOSZENIE ZMIANY DANYCH OSOBY UBEZPIECZONEJ

X. INNE DANE O OSOBE ZGŁASZANEJ DO UBEZPIECZEN c.d.

09. Kod pracy w szczególnych warunkach / w szczególnym charakterze³⁾ 10. Okres pracy w szczególnych warunkach / w szczególnym charakterze
(dd / mm / rrrr) (dd / mm / rrrr)

XI. DANE O ODDZIALE NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA

01. Kod oddziału³⁾02.

03.

XII. 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. Numer faksu

XIII. 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. Numer faksu

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

01. Kod pocztowy

02. Miejscowość

03. Ulica

04. Numer domu

05. Numer lokalu

06. Skrytka pocztowa

07. Numer telefonu

08. Numer faksu

09. Adres poczty elektronicznej

XV. OŚWIADCZENIE PLATNIKA SKŁADEK

01. Data wypełnienia (dd / mm / rrrr)

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

02. Podpis płatnika lub osoby upoważnionej

03. Pieczęćka płatnika

XVI. OŚWIADCZENIE OSOBY ZGŁASZANEJ / ZGŁOSZONEJ DO UBEZPIECZENIA

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

01. Podpis osoby zgłaszanej / zgłoszonej do ubezpieczenia

XVII. ADNOTACJE ZUS

- 1) Wpisać X w odpowiednim polu.
- 2) W przypadku zmiany danych identyfikacyjnych należy wypełnić formularz ZUS ZIUA.
- 3) Wpisać odpowiedni kod podany w instrukcji.
- 4) Dla określonego kodu tytułu ubezpieczenia należy wypełnić formularz ZUS ZBA.