

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) <input type="checkbox"/>	02. ZGŁOSZENIE ZMIANY (wpisa - 1) / KOREKTY (wpisa - 2) DANYCH OSOBY UBEZPIECZONEJ (nie dotyczy zmiany danych identyfikacyjnych) ¹⁾ <input type="checkbox"/>
03. Data nadania (dd / mm / rrrr)	04. Nalepka „R”

II. DANE IDENTYFIKACYJNE PŁATNIKA SKŁADEK	
01. Numer NIP (wpisa bez kresek)	02. Numer REGON
03. Numer PESEL ²⁾	04. Rodzaj dokumentu: je li dowód osobisty, wpisa 1, <input type="checkbox"/> je li paszport - 2 <input type="checkbox"/>
06. Nazwa skrócona	05. Seria i numer dokumentu
07. Nazwisko	
08. Imię pierwsze	09. Data urodzenia (dd / mm / rrrr)

II. DANE IDENTYFIKACYJNE PŁATNIKA SKŁADEK

III. DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY ZGŁASZANEJ DO UBEZPIECZEŃ			
01. Numer PESEL ²⁾	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) <input type="checkbox"/>

V. TYTUŁ UBEZPIECZENIA			
01. Kod tytułu ubezpieczenia ³⁾			

VI. DANE O OBOWIĄZKOWYCH UBEZPIECZENIACH SPOŁECZNYCH		Osoba zgłaszana podlega ubezpieczeniom: (wpisać X w odpowiednim polu)	
01. Data powstania obowi zku ubezpiecze (dd / mm / rrrr)	02. Emerytalnemu <input type="checkbox"/>	04. Chorobowemu <input type="checkbox"/>	
	03. Rentowym <input type="checkbox"/>	05. Wypadkowemu <input type="checkbox"/>	

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 <input type="checkbox"/>	03. Rentowymi <input type="checkbox"/>	05. Chorobowym <input type="checkbox"/>			
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 UBEZPIECZE⁴⁾		
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 pa stwa - zagraniczny kod pocztowy (wypełni w przypadku, gdy adres jest inny ni polski)

XII. ADRES ZAMIESZKANIA (wpisa , je li adres zamieszkania jest inny ni 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 pa stwa - zagraniczny kod pocztowy (wypełni w przypadku, gdy adres jest inny ni polski)

XIII. ADRES DO KORESPONDENCJI (wpisa , je li adres do korespondencji jest inny ni 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 pa stwa - zagraniczny kod pocztowy (wypełni w przypadku, gdy adres jest inny ni polski)
09. Adres poczty elektronicznej

XIV. O WIADCZENIE PLATNIKA SKŁADEK

01. Data wypełnienia (dd / mm / rrrr)

O wiadczam, e dane zawarte w formularzu s 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

O wiadczam, e dane zawarte w formularzu s 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

¹W przypadku zmiany danych identyfikacyjnych nale y wypełni formularz ZUS ZIUA.
²Numer PESEL podaje si , o ile został nadany.
³Dla okre łonego kodu tytułu ubezpieczenia nale y wypełni formularz ZUS ZAA.
⁴Blok X. wypełnia si w celu zgłoszenia / korekty danych dotycz cych okresu sprzed 1 stycznia 2009 r.