

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)

02.

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

04. Data nadania (dd / mm / rrr)

05. Nalepka „R”

II. DANE IDENTYFIKACYJNE PŁATNIKA SKŁADEK

01. NIP (wpisać bez kresek)

02. REGON

03. PESEL

INNY NUMER

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 / rrr)

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 / rrr)

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^{2), 3)}

02.

VI. DANE O OBOWIĄZKOWYCH UBEZPIECZENIACH SPOŁECZNYCH

01.

02. Data powstania
 obowiązku ubezpieczeń
 (dd / mm / rrr)

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

03. Emerytalnemu

05. Chorobowemu

04. Rentowym

06. Wypadkowemu

VII. DANE O OBOWIĄZKOWYM UBEZPIECZENIU ZDROWOTNYM

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

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 / rrr)

04. Od dnia (dd / mm / rrr)

06. Od dnia (dd / mm / rrr)

IX. DANE O DOBROWOLNYM UBEZPIECZENIU ZDROWOTNYM

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

02.

X. INNE DANE O OSOBE ZGŁASZANEJ DO UBEZPIECZEŃ

01.

02.

03.

04.

05. Kod wykonywanego zawodu²⁾

06.

07.

08.

ZAKŁAD UBEZPIECZEŃ
SPOŁECZNYCH

ZUS ZUA

strona: 2

ZGŁOSZENIE DO UBEZPIECZEŃ /
ZGŁOSZENIE ZMIANY DANYCH OSOBY UBEZPIECZONEJ

X. INNE DANE O OSOBIE ZGŁASZANEJ DO UBEZPIECZEN cd.

09. Kod pracy w szczególnych
warunkach / w szczególnym charakterze²⁾

10. Okres pracy w szczególnych warunkach / w szczególnym charakterze
(dd / mm / rr)

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. Symbol państwa - zagraniczny kod pocztowy (wypełnić w przypadku, gdy adres jest
inny niż polski)

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. Symbol państwa - zagraniczny kod pocztowy (wypełnić w przypadku, gdy adres jest
inny niż polski)

XIV. 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

XV. OŚWIADCZENIE PLATNIKA SKŁADEK

01. Data wypełnienia (dd / mm / rr)

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 lub osoby upoważnionej

03. Pieczęć płatnika

XVI. 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

XVII. ADNOTACJE ZUS

¹⁾W przypadku zmiany danych identyfikacyjnych należy wypełnić formularz ZUS ZIUA.

²⁾Wpisać odpowiedni kod podany w instrukcji.

³⁾Dla określonego kodu tytułu ubezpieczenia należy wypełnić formularz ZUS ZBA.