PŁATNIK WYPEŁNIA TYLKO POLA **JASNE W WYZNACZONYCH KRATKACH** KOMPUTEROWO, NA MASZYNIE LUB RĘCZNIE
DUŻYMI DRUKOWANYMI LITERAMI, CZARNYM LUB NIEBIESKIM KOLOREM. PRZED WYPEŁNIENIEM ZAPOZNAĆ SIĘ Z OBJAŚNIENIAMI

ZAKŁAD UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH | ZUS ZUA | strona: 1

ZGŁOSZENIE DO UBEZPIECZEŃ / ZGŁOSZENIE ZMIANY DANYCH OSOBY UBEZPIECZONEJ

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 PŁATNIKA SKŁADEK

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 / rrrr)

III. DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY ZGŁASZANEJ DO UBEZPIECZEŃ

III. DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY ZGŁASZANEJ DO UBEZPIECZENIA

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. Czy cudzoziemiec posiada kartę stałego pobytu? Jeśli TAK, wpisać **X**.

06. Czy cudzoziemiec posiada kartę czasowego pobytu wydaną w związku z udzieleniem statusu uchodźcy? Jeśli TAK, wpisać **X**.

V. TYTUŁ UBEZPIECZENIA

01. Kod tytułu ubezpieczenia [3) 4)]

02. Okres, na jaki orzeczony został stopień niepełnosprawności (dd / mm / rrrr) – (dd / mm / rrrr)

VI. DANE O OBOWIĄZKOWYCH UBEZPIECZENIACH SPOŁECZNYCH

01. Wymiar czasu pracy /

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

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 / 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 [5)] (dd / mm / rrrr)

02. Kwota pierwszej składki [6)] zł, gr

X. INNE DANE O OSOBIE ZGŁASZANEJ DO UBEZPIECZEŃ

01. Jestem spokrewniony(a) / spowinowacony(a) z Pracodawcą / Zleceniodawcą / Osobą prowadzącą pozarolniczą działalność. Jeśli TAK, wpisać kod pokrewieństwa / powinowactwa [3)]

02. Pozostaję we wspólnym gospodarstwie domowym z Pracodawcą / Zleceniodawcą / Osobą prowadzącą pozarolniczą działalność. Jeśli TAK, wpisać X.

03. Kod stopnia niezdolności do pracy [3)]

04. Okres, na jaki orzeczony został stopień niezdolności do pracy (dd / mm / rrrr) – (dd / mm / rrrr)

05. Kod wykonywanego zawodu [3)]

06. Kod stanowiska / pracy górniczej [3)]

07. Okres pracy górniczej –

08. Kod wykształcenia [3)]

wzór wzór wzór

PŁATNIK WYPEŁNIA TYLKO POLA **JASNE W WYZNACZONYCH KRATKACH** KOMPUTEROWO, NA MASZYNIE LUB RĘCZNIE
DUŻYMI DRUKOWANYMI LITERAMI, CZARNYM LUB NIEBIESKIM KOLOREM. PRZED WYPEŁNIENIEM ZAPOZNAĆ SIĘ Z OBJAŚNIENIAMI

ZAKŁAD UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH | ZUS ZUA | strona: 2 | **ZGŁOSZENIE DO UBEZPIECZEŃ / ZGŁOSZENIE ZMIANY DANYCH OSOBY UBEZPIECZONEJ**

X. INNE DANE O OSOBIE ZGŁASZANEJ DO UBEZPIECZEŃ c.d.

09. Kod pracy w szczególnych warunkach / w szczególnym charakterze [3]

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

XI. DANE O KASIE CHORYCH

01. Kod kasy [3]

02. Nazwa kasy [7]

03. Data przystąpienia do kasy (dd / mm / rrrr)

XII. ADRES ZAMELDOWANIA NA STAŁE MIEJSCE POBYTU

01. Kod pocztowy —

02. Miejscowość

03. Gmina

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

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 PŁATNIKA 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. Pieczątka 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.
5) Data wynikająca z umowy zawartej przez osobę zgłaszaną z kasą chorych.
6) Kwota wynikająca z umowy zawartej przez osobę zgłaszaną z kasą chorych.
7) Wpisać nazwę kasy chorych zgodnie z instrukcją.

wzór wzór wzór