

ZAKŁAD UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH		ZUS ZUA		strona: 1	ZGŁOSZENIE DO UBEZPIECZEŃ / ZGŁOSZENIE ZMIANY DANYCH OSOBY UBEZPIECZONEJ				
I. DANE ORGANIZACYJNE					02. ZGŁOSZENIE ZMIANY (wpisać - 1) / KOREKTY (wpisać - 2) DANYCH OSOBY UBEZPIECZONEJ (nie dotyczy zmiany danych identyfikacyjnych) ¹⁾				
01. ZGŁOSZENIE DO UBEZPIECZEŃ (jeśli TAK, wpisać X)					04. Nalepka „R”				
03. Data nadania (dd / mm / rrrr)									
II. DANE IDENTYFIKACYJNE PLATNIKA SKŁADEK		01. Numer NIP (wpisać bez kresek)				02. Numer REGON			
		03. Numer PESEL ²⁾				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		01. Numer PESEL ²⁾				02.			
		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)							
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 obowiązku ubezpieczeń (dd / mm / rrrr)		02. Emerytalnemu		04. Chorobowemu			
		03. Rentowym		05. Wypadkowemu					
VII. DANE O OBOWIĄZKOWYM UBEZPIECZENIU ZDROWOTNYM		01. Data powstania obowiązku 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		03. Rentowymi		05. Chorobowym			
		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 UBEZPIECZEŃ		01. Kod wykonywanego zawodu ⁴⁾							
		02. Kod pracy w szczególnych warunkach / w szczególnym charakterze ⁵⁾		03. Okres pracy w szczególnych warunkach / w szczególnym charakterze ⁵⁾ (dd / mm / rrrr) - (dd / mm / rrrr)					

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)

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)

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

01. Data wypełnienia (dd / mm / rrrr)

02. Podpis płatnika składek lub osoby upoważnionej

03. Pieczęć płatnika składek

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

Skład: Poligrafia ZUS/W-wa: zam. 1850/20