

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)<sup>1)</sup>

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: 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)

II. DANE IDENTYFIKACYJNE PLATNIKA SKŁADEK

**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)

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)

05.  06.

**V. TYTUŁ UBEZPIECZENIA**

01. Kod tytułu ubezpieczenia<sup>2), 3)</sup>  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  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  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.

**X. INNE DANE O OSOBE ZGŁASZANEJ DO UBEZPIECZEŃ**

01.  02.

03.  04.  05. Kod wykonywanego zawodu<sup>2)</sup>

06.  07.  08.

**X. INNE DANE O OSOBIE ZGŁASZANEJ DO UBEZPIECZEŃ cd.**

09. Kod pracy w szczególnych warunkach / w szczególnym charakterze<sup>1)</sup> 10. Okres pracy w szczególnych warunkach / w szczególnym charakterze<sup>2)</sup>

(dd / mm / rrrr) (dd / mm / rrrr)

**XI. DANE O ODDZIALE NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA**

01. Kod oddziału<sup>3)</sup> 02. NFZ 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 PŁATNIKA SKŁADEK**

01. Data wypełnienia (dd / mm / rrrr)

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. Pieczęćka 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**

<sup>1)</sup>W przypadku zmiany danych identyfikacyjnych należy wypełnić formularz ZUS ZIUA.

<sup>2)</sup>Wpisać odpowiedni kod podany w instrukcji.

<sup>3)</sup>Dla określonego kodu tytułu ubezpieczenia należy wypełnić formularz ZUS ZBA.