

PLATNIK WYPEŁNIA POLA W WYZNACZONYCH KRATKACH KOMPUTEROWO, NA MASZYNIE LUB RĘCZNIE
DUŻYMI DRUKOWANYMI LITERAMI, CZARNYM LUB NIEBIESKIM KOLOREM.

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					02. Numer REGON	
01. Numer NIP (wpisać bez kresek)						
9 9 9 9 9 9 9 9 9 9						
03. Numer PESEL ²⁾					04. Rodzaj dokumentu: jeśli dowód osobisty, wpisać 1, ☐ jeśli paszport - 2 ☐	
9 9 9 9 9 9 9 9 9 9					05. Seria i numer dokumentu	
06. Nazwa skrócona						
07. Nazwisko						
K O W A L S K I						
08. Imię pierwsze					09. Data urodzenia (dd / mm / rrrr)	
J A N					9 9 9 9 9 9 9 9	
III. DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY ZGŁASZANEJ DO UBEZPIECZEŃ					03. Rodzaj dokumentu (wypełnić jak pole II.04)	
01. Numer PESEL ²⁾					04. Seria i numer dokumentu	
9 9 9 9 9 9 9 9 9 9						
05. Nazwisko						
K O W A L S K I						
06. Imię pierwsze					07. Data urodzenia (dd / mm / rrrr)	
J A N					9 9 9 9 9 9 9 9	
IV. DANE EWIDENCYJNE OSOBY ZGŁASZANEJ DO UBEZPIECZEŃ						
01. Imię drugie						
02. Nazwisko rodowe						
03. Obywatelstwo					04. Płeć (wpisać: K - kobieta, M - mężczyzna)	
					M	
V. TYTUŁ UBEZPIECZENIA						
01. Kod tytułu ubezpieczenia ³⁾						
2 4 0 1 0 0						
VI. DANE O OBOWIĄZKOWYCH UBEZPIECZENIACH SPOŁECZNYCH					Osoba zgłaszana podlega ubezpieczeniom: (wpisać X w odpowiednim polu)	
01. Data powstania obowiązkowego ubezpieczenia (dd / mm / rrrr)					02. Emerytalnemu ☒ 04. Chorobowemu ☐	
0 1 1 1 2 0 2 5					03. Rentowym ☒ 05. Wypadkowemu ☐	
VII. DANE O OBOWIĄZKOWYM UBEZPIECZENIU ZDROWOTNYM						
01. Data powstania obowiązkowego ubezpieczenia (dd / mm / rrrr)					02. Kod oddziału NFZ	
					1 1 R	
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)	

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

XI. ADRES ZAMELDOWANIA NA STAŁE MIEJSCE POBYTU

01. Kod pocztowy	02. Miejscowość
7 6 - 2 0 0	S Ł U P S K
03. Gmina / Dzielnica	
S Ł U P S K	
04. Ulica	
R Y B N A	
05. Numer domu	06. Numer lokalu
1	2
07. Numer telefonu	08. Symbol państwa - zagraniczny kod pocztowy (wypełnić w przypadku, gdy adres jest inny niż polski)

XII. 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)

XIII. 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		

XIV. OŚWIADCZENIE PŁATNIKA SKŁADEK

01. Data wypełnienia (dd / mm / rrrr)

0 1 0 2 2 0 2 6

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 składek lub osoby upoważnionej

jesteś płatnikiem podpisz

03. Pieczęć płatnika składek

XV. 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

podpis osoby ubezpieczonej

XVI. ADNOTACJE ZUS

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

²⁾ Numer PESEL podaje się, o ile został nadany.

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

⁴⁾ Należy wpisać, kod wykonywanego zawodu. Kod zawodu stanowi sześciocyfrowy numer określony w załączniku do rozporządzenia w sprawie klasyfikacji zawodów i specjalności na potrzeby rynku pracy oraz zakresu jej stosowania.

⁵⁾ Pola te wypełnia się w celu zgłoszenia / korekty danych dotyczących okresu sprzed dnia 1 stycznia 2009 r.