

PLATNIK WYPELNI POLA W WYZNACZONYCH KRATKACH KOMPUTEROWO, NA MASZYNE 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			
<input checked="" type="checkbox"/> 01. ZGŁOSZENIE DO UBEZPIECZEŃ (wpisać TAK, wpisać X)		<input type="checkbox"/> 02. ZGŁOSZENIE ZMIANY (wpisać - 1) / KOREKTY (wpisać - 2) DANYCH OSOBY UBEZPIECZONEJ (nie dotyczy zmiany danych identyfikacyjnych ¹⁾)	
03. Data nadania (dd / mm / rrrr)		04. Nalepka „R”	
II. DANE IDENTYFIKACYJNE PLATNIKA SKŁADEK			
01. Numer NIP (wpisać bez kresek)		02. Numer REGON	
9 9 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 9 9			
05. Seria i numer dokumentu			
06. Nazwa skrócona			
07. Nazwisko			
K O W A L S K A			
08. Imię pierwsze		09. Data urodzenia (dd / mm / rrrr)	
J A W I G A		9 9 9 9 9 9 9 9	
III. DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY ZGŁASZANEJ DO UBEZPIECZEŃ			
01. Numer PESEL ²⁾		02.	
8 8 8 8 8 8 8 8 8 8 8 8			
03. Rodzaj dokumentu (wypełnić jak pole II.04) 04. Seria i numer dokumentu			
05. Nazwisko			
J A N K O W S K A			
06. Imię pierwsze		07. Data urodzenia (dd / mm / rrrr)	
D O M I N I K A		8 8 8 8 8 8 8 8	
IV. DANE EWIDENCYJNE OSOBY ZGŁASZANEJ DO UBEZPIECZEŃ			
01. Imię drugie			
J A N K O W S K A			
02. Nazwisko rodowe			
P O L S K I E			
03. Obywatelstwo			
04. Płeć (wpisać: K - kobieta, M - mężczyzna)			
K			
V. TYTUŁ UBEZPIECZENIA			
01. Kod tytułu ubezpieczenia ³⁾			
0 4 3 0 0 0			
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 <input checked="" type="checkbox"/>	
0 1 0 1 2 0 1 8		04. Chorobowemu <input type="checkbox"/>	
		03. Rentowym <input checked="" type="checkbox"/>	
		05. Wypadkowemu <input checked="" type="checkbox"/>	
VII. DANE O OBOWIĄZKOWYM UBEZPIECZENIU ZDROWOTNYM			
01. Data powstania obowiązku ubezpieczenia (dd / mm / rrrr)		02. Kod oddziału NFZ	
0 1 0 1 2 0 1 8		0 7 R	
VIII. DANE O DOBROWOLNYCH UBEZPIECZENIACH SPOŁECZNYCH			
Wnoszę o objęcie ubezpieczeniami: (wpisać X w odpowiednim polu)			
01. Emerytalnym <input type="checkbox"/>		03. Rentowymi <input type="checkbox"/>	
02. Od dnia (dd / mm / rrrr)		04. Od dnia (dd / mm / rrrr)	
		05. Chorobowym <input checked="" type="checkbox"/>	
		06. Od dnia (dd / mm / rrrr)	
		0 1 0 1 2 0 1 8	
IX. DANE O DOBROWOLNYM UBEZPIECZENIU ZDROWOTNYM			
01. Data rozpoczęcia ubezpieczenia (dd / mm / rrrr)		02. Kod oddziału NFZ	
X. INNE DANE O OSOBIE ZGŁASZANEJ DO UBEZPIECZEŃ⁴⁾			
01. Kod wykonywanego zawodu		02. Kod pracy w szczególnych warunkach / w szczególnym charakterze	
03. Okres pracy w szczególnych warunkach / w szczególnym charakterze (dd / mm / rrrr)			

zaznacz

jeś
płatnikiem
podaj swoje
dane

podaj
dane
niani

Wpisz, gdy niania
ma:

- emeryturę - 1
- rentę - 2

gdy niania ma
ustaloną
niepełnosprawność,
podaj kod:
1 – lekki stopień
niepełnosprawności,
2 – umiarkowany
stopień
niepełnosprawności,
3 – znaczny stopień
niepełnosprawności

zaznacz i podaj datę
rozpoczęcia pracy
przez nianię

płeć
niani

podaj kod
Oddziału
NFZ niani

zaznacz i wpisz, od kiedy
niania chce podlegać
dobrowolnemu
ubezpieczeniu
chorobowemu

adres niani

XI. 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)

wypełnij, jeśli adresy są inne niż podane wyżej

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)

podaj datę wypełnienia dokumentu

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 PLATNIKA SKŁADEK

01. Data wypełnienia (dd / mm / rr)

05 01 2018

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

jesteś płatnikiem podpisz

03. Pieczęćka płatnika

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 niani

XVI. ADNOTACJE ZUS

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

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

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

⁴⁾Blok X. wypełnia się w celu zgłoszenia / korekty danych dotyczących okresu sprzed 1 stycznia 2009 r.