

ZAKŁAD UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH	ZUS	ZUA	strona: 1	ZGŁOSZENIE DO UBEZPIECZEŃ / ZGŁOSZENIE ZMIANY DANYCH OSOBY UBEZPIECZONEJ
-----------------------------------	------------	------------	------------------	---

I. DANE ORGANIZACYJNE

<p>01. ZGŁOSZENIE DO UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH I DO UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO ¹⁾</p> <p>02. ZGŁOSZENIE DO UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH ¹⁾</p> <p>03. ZGŁOSZENIE ZMIANY (wpisać - 1) /KOREKTY (wpisać -2) DANYCH OSOBY UBEZPIECZONEJ (nie dotyczy zmian danych identyfikacyjnych) ²⁾</p>	<p>04. Data nadania (dd / mm / rrrr)</p> <p>05. Należka "R"</p>	
---	---	--

II. DANE IDENTYFIKACYJNE PLATNIKA SKŁADEK

<p>01. NIP (wpisać bez kresek)</p> <p>03. PESEL</p> <p>06. Nazwa skrócona</p> <p>07. Nazwisko</p> <p>08. Imię pierwsze</p>	<p>INNY NUMER</p> <p>04. Rodzaj dokumentu: jeśli dowód osobisty, wpisać 1, jeśli paszport - 2</p>	<p>02. REGON</p> <p>05. Seria i numer dokumentu</p> <p>09. Data urodzenia (dd / mm / rrrr)</p>
--	---	--

III. DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY ZGŁASZANEJ DO UBEZPIECZENIA

<p>01. PESEL</p> <p>05. Nazwisko</p> <p>06. Imię pierwsze</p>	<p>02. NIP (wpisać bez kresek)</p> <p>07. Data urodzenia (dd / mm / rrrr)</p>	<p>03. Rodzaj dokumentu (wypełnić jak pole II.04)</p> <p>04. Seria i numer dokumentu</p>
---	---	--

IV. DANE EWIDENCYJNE OSOBY ZGŁASZANEJ DO UBEZPIECZEŃ

<p>01. Imię drugie</p> <p>02. Nazwisko rodowe</p> <p>03. Obywatelstwo</p> <p>05. Czy cudzoziemiec posiada kartę stałego pobytu? jeśli TAK, wpisać X.</p>	<p>04. Płeć (wpisać: K - kobieta, M - mężczyzna)</p> <p>06. Czy cudzoziemiec posiada kartę czasowego pobytu wydaną w związku z udzieleniem statusu uchodźcy? Jeśli TAK, wpisać X.</p>
--	---

V. TYTUŁ UBEZPIECZENIA

<p>01. Kod tytułu ubezpieczenia ³⁾ 4)</p>	<p>02. Okres, na jaki orzeczony został stopień niepełnosprawności (dd / mm / rrrr)</p>	<p>(dd / mm / rrrr)</p>
--	--	-------------------------

VI. DANE O OBOWIĄZKOWYCH UBEZPIECZENIACH SPOŁECZNYCH

<p>01. Wymiar czasu pracy /</p> <p>02. Data powstania obowiązku ubezpieczeń (dd / mm / rrrr)</p>	<p>03. Emerytalnemu</p> <p>04. Rentowym</p>	<p>Osoba zgłaszana podlega ubezpieczeniom: (wpisać X w odpowiednim polu)</p> <p>05. Chorobowemu</p> <p>06. Wypadkowemu</p>
--	---	--

VII. DANE O OBOWIĄZKOWYM UBEZPIECZENIU ZDROWOTNYM

<p>01. Data powstania obowiązku ubezpieczenia (dd / mm / rrrr)</p>		
--	--	--

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

<p>01. Data rozpoczęcia ubezpieczenia ⁷⁾ (dd / mm / rrrr)</p>	<p>02. Kwota pierwszej składki</p>	
--	------------------------------------	--

X. INNE DANE O OSOBE ZGŁASZANEJ DO UBEZPIECZEŃ

<p>01. Jestem spokrewniony(a) / spowinowacony(a) z Pracodawcą / Zleceniodawcą / Osobą prowadzącą pozarolniczą działalność. Jeśli TAK, wpisać kod pokrewieństwa / powinowactwa ³⁾</p> <p>03. Kod stopnia niezdolności do pracy ³⁾</p> <p>06. Kod stanowiska / pracy gómiczej ³⁾</p>	<p>02. Pozostaję we wspólnym gospodarstwie domowym z Pracodawcą / Zleceniodawcą / Osobą prowadzącą pozarolniczą działalność. Jeśli TAK, wpisać X.</p> <p>04. Okres, na jaki orzeczony został stopień niezdolności do pracy (dd / mm / rrrr)</p> <p>07. Okres pracy gómiczej</p>	<p>05. Kod wykonywanego zawodu</p> <p>08. Kod wykształcenia</p>
---	---	---

X. INNE DANE O OSOBE 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)

09	10
----	----

XI. DANE O KASIE CHORYCH

01. Kod kasy 9) 02. Nazwa kasy 7)

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

01	02	03
----	----	----

XII. ADRES ZAMELDOWANIA NA STAŁE MIEJSCE POBYTU

01. Kod pocztowy

02. Miejscowość

01	02
----	----

03. Gmina

03

04. Ulica

04

05. Numer domu

06. Numer lokalu

05	06
----	----

07. Numer telefonu

08. Numer faksu

07	08
----	----

XIII. ADRES ZAMIESZKANIA (wpisać, jeśli adres zamieszkania jest inny niż adres zameldowania na stałe miejsce pobytu)

01. Kod pocztowy

02. Miejscowość

01	02
----	----

03. Gmina

03

04. Ulica

04

05. Numer domu

06. Numer lokalu

05	06
----	----

07. Numer telefonu

08. Numer faksu

07	08
----	----

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

01	02
----	----

03. Ulica

03

04. Numer domu

05. Numer lokalu

04	05
----	----

06. Skrytka pocztowa

07. Numer telefonu

08. Numer faksu

06	07	08
----	----	----

09. Adres poczty elektronicznej

09

XV. OŚWIADCZENIE PŁATNIKA SKŁADEK

01. Data wypełnienia (dd / mm / rrrr)

01

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

02

03. Pieczęć płatnika

03

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

01

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.