

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

I. DANE ORGANIZACYJNE

☐ 01. ZGŁOSZENIE DO UBEZPIECZEŃ  
(jeśli TAK, wpisać X)

03. Data nadania (dd / mm / rrrr)

☐ 02. ZGŁOSZENIE ZMIANY (wpisać - 1) / KOREKTY (wpisać - 2)  
DANYCH OSOBY UBEZPIECZONEJ  
(nie dotyczy zmiany danych identyfikacyjnych)<sup>1)</sup>

04. Nalepka „R”

II. DANE IDENTYFIKACYJNE PLATNIKA SKŁADEK

01. Numer NIP (wpisać bez kresek)

02. Numer REGON

03. Numer PESEL<sup>2)</sup>

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<sup>2)</sup>

02. Numer 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)

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<sup>3)</sup>

VI. DANE O OBOWIĄZKOWYCH UBEZPIECZENIACH SPOŁECZNYCH

01. Data powstania  
obowiązku ubezpieczeń  
(dd / mm / rrrr)

Osoba zgłaszana podlega ubezpieczeniom:  
(wpisać X w odpowiednim polu)

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<sup>4)</sup>

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)

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                                                                                      |
| <input type="text"/>  | <input type="text"/>                                                                                 |
| 03. Gmina / Dzielnica | <input type="text"/>                                                                                 |
| 04. Ulica             | <input type="text"/>                                                                                 |
| 05. Numer domu        | 06. Numer lokalu                                                                                     |
| <input type="text"/>  | <input type="text"/>                                                                                 |
| 07. Numer telefonu    | 08. Symbol państwa - zagraniczny kod pocztowy (wypełnić w przypadku, gdy adres jest inny niż polski) |
| <input type="text"/>  | <input type="text"/>                                                                                 |

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

|                       |                                                                                                      |
|-----------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 01. Kod pocztowy      | 02. Miejscowość                                                                                      |
| <input type="text"/>  | <input type="text"/>                                                                                 |
| 03. Gmina / Dzielnica | <input type="text"/>                                                                                 |
| 04. Ulica             | <input type="text"/>                                                                                 |
| 05. Numer domu        | 06. Numer lokalu                                                                                     |
| <input type="text"/>  | <input type="text"/>                                                                                 |
| 07. Numer telefonu    | 08. Symbol państwa - zagraniczny kod pocztowy (wypełnić w przypadku, gdy adres jest inny niż polski) |
| <input type="text"/>  | <input type="text"/>                                                                                 |

**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      |
| <input type="text"/>                                                                                 | <input type="text"/> |
| 03. Ulica                                                                                            | <input type="text"/> |
| 04. Numer domu                                                                                       | 05. Numer lokalu     |
| <input type="text"/>                                                                                 | <input type="text"/> |
| 06. Skrytka pocztowa                                                                                 | 07. Numer telefonu   |
| <input type="text"/>                                                                                 | <input type="text"/> |
| 08. Symbol państwa - zagraniczny kod pocztowy (wypełnić w przypadku, gdy adres jest inny niż polski) | <input type="text"/> |
| 09. Adres poczty elektronicznej                                                                      | <input type="text"/> |

**XIV. OŚWIADCZENIE PŁATNIKA SKŁADEK**

01. Data wypełnienia (dd / mm / rrrr)

|                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |
|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|

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

**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

**XVI. ADNOTACJE ZUS**

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

<sup>2)</sup>Numer PESEL podaje się, o ile został nadany.

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

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