

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

|                                   |     |     |          |                                                                             |
|-----------------------------------|-----|-----|----------|-----------------------------------------------------------------------------|
| 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)

02. ZGŁOSZENIE ZMIANY (wpisać - 1) / KOREKTY (wpisać - 2)  
DANYCH OSOBY UBEZPIECZONEJ  
(nie dotyczy zmiany danych o identyfikacji)

03. Data nadania (dd / mm / rrr)

04. Nalepka „R”

### II. DANE IDENTYFIKACYJNE PLATNIKA SKŁADEK

01. Numer NIP (wpisać bez kropek)

02. Numer REGON

03. Numer PESEL

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 / rrr)

### III. DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY ZGŁASZANEJ DO UBEZPIECZEŃ

01. Numer PESEL

02.

03. Rodzaj dokumentu

(wpisać jak w 04)

04. Seria i numer dokumentu

05. Nazwisko

06. Imię pierwsze

07. Data urodzenia (dd / mm / rrr)

### 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

### VI. DANE O OBOWIĄZKOWYCH UBEZPIECZENIACH SPOŁECZNYCH

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

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 / rrr)

02. Kod oddziału NFZ

### VIII. DANE O DOBROWOLNYCH UBEZPIECZENIACH SPOŁECZNYCH

Wnieść o objęcie ubezpieczeniami  
(wpisać X w odpowiednim polu)

01. Emerytalnym

03. Rentowym

05. Chorobowemu

02. Od dnia (dd / mm / rrr)

04. Od dnia (dd / mm / rrr)

06. Od dnia (dd / mm / rrr)

### IX. DANE O DOBROWOLNYM UBEZPIECZENIU ZDROWOTNYM

01. Data rozpoczęcia  
ubezpieczenia (dd / mm / rrr)

02. Kod oddziału NFZ

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

01. Kod wykonywanego  
zawodu

02. Kod pracy w szczególnych  
warunkach / w szczególnym charakterze

03. Okres pracy w szczególnych warunkach / w szczególnym charakterze  
(dd / mm / rrr)

|                                   |     |     |          |                                                                             |
|-----------------------------------|-----|-----|----------|-----------------------------------------------------------------------------|
| ZAKŁAD UBEZPIECZEŃ<br>SPOŁECZNYCH | ZUS | ZUA | strona 2 | ZGŁOSZENIE DO UBEZPIECZEŃ /<br>ZGŁOSZENIE ZMIANY DANYCH OSOBY UBEZPIECZONEJ |
|-----------------------------------|-----|-----|----------|-----------------------------------------------------------------------------|

#### 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) |

#### 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. Adres poczty elektronicznej | 09. Symbol państwa - zagraniczny kod pocztowy (wypełnić w przypadku, gdy adres jest inny niż polski) |

#### XIV. OŚWIADCZENIE PLATNIKA SKŁADEK

01. Data wypełnienia (dd / mm / rr)

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. Pieczęć 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 ZUA.

<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.

*Podpis*