

ZAKŁAD UBEZPIECZEŃ  
SPOŁECZNYCH

ZUS

ZUA

strona: 1

ZGŁOSZENIE DO UBEZPIECZEŃ /  
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

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

III. DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY ZGŁASZANEJ DO UBEZPIECZEŃ

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

02.

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 OSOBIE 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) - (dd / mm / rrrr)

**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. 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)

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.