

WZOR

PLATNIK WYPELNIJA 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

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

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

8860005851

000001614

03. Numer PESEL²⁾

04. Rodzaj dokumentu: jeśli dowód osobisty, wpisać 1, jeśli paszport - 2

05. Seria i numer dokumentu

06. Nazwa skrócona

POLITECHNIKA WROCŁAWSKA

07. Nazwisko

08. Imię pierwsze

09. Data urodzenia (dd / mm / rrrr)

II. DANE IDENTYFIKACYJNE PLATNIKA SKŁADEK

III. DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY ZGŁASZANEJ DO UBEZPIECZEŃ

01. Numer PESEL²⁾

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)

III. DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY ZGŁASZANEJ DO UBEZPIECZEŃ

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 ubezpieczenia³⁾

18

* 13 - osoby, które nie ukończyły 26 lat lub pracują lub mają pracę
12 - osoby nie posiadające tytułu do ubezpieczenia

VI. DANE O OBOWIĄZKOWYCH UBEZPIECZENIACH SPOŁECZNYCH

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

01102020

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

* wypełnić wyłącznie przy wyborze kodu 12

VIII. DANE O DOBROWOLNYCH UBEZPIECZENIACH SPOŁECZNYCH

Wnoszę o objęcie ubezpieczeniami: (wpisać X w odpowiednim polu)

01. Emerytalnym

03. Rentowym

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 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)

* Proszę zalogować na stronę: szd.pwr.edu.pl/faq/studia
"czy jestem ubezpieczony"
W razie wątpliwości proszę pytać w Dziale

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

01. Kod pocztowy: [redacted] - [redacted] [redacted]

03. Gmina / Dzielnica

03. Gmina / Dzielnica: [redacted]

04. Ulica

04. Ulica: [redacted]

05. Numer domu

06. Numer lokalu

05. Numer domu: [redacted] 06. Numer lokalu: [redacted]

07. Numer telefonu

08. Symbol państwa - zagraniczny kod pocztowy (wypełnić w przypadku, gdy adres jest inny niż polski)

07. Numer telefonu: [redacted] 08. Symbol państwa: [redacted]

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

01. Kod pocztowy

02. Miejscowość

01. Kod pocztowy: [redacted] - [redacted] [redacted]

03. Gmina / Dzielnica

03. Gmina / Dzielnica: [redacted]

04. Ulica

04. Ulica: [redacted]

05. Numer domu

06. Numer lokalu

05. Numer domu: [redacted] 06. Numer lokalu: [redacted]

07. Numer telefonu

08. Symbol państwa - zagraniczny kod pocztowy (wypełnić w przypadku, gdy adres jest inny niż polski)

07. Numer telefonu: [redacted] 08. Symbol państwa: [redacted]

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

01. Kod pocztowy: [redacted] - [redacted] [redacted]

03. Ulica

03. Ulica: [redacted]

04. Numer domu

05. Numer lokalu

04. Numer domu: [redacted] 05. Numer lokalu: [redacted]

06. Skrytka pocztowa

07. Numer telefonu

08. Symbol państwa - zagraniczny kod pocztowy (wypełnić w przypadku, gdy adres jest inny niż polski)

06. Skrytka pocztowa: [redacted] 07. Numer telefonu: [redacted]

09. Adres poczty elektronicznej

09. Adres poczty elektronicznej: [redacted]

XIV. OŚWIADCZENIE PŁATNIKA SKŁADEK

01. Data wypełnienia (dd / mm / rrrr)

01. Data wypełnienia: 01 / 10 / 2020

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

02. Podpis płatnika lub osoby upoważnionej: [redacted]

03. Pieczęćka płatnika

03. Pieczęćka płatnika: [redacted]

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

01. Podpis osoby zgłaszanej / zgłoszonej do ubezpieczenia: [redacted]

XVI. ADNOTACJE ZUS

Osoby posiadające aktualne orzeczenie o stopniu niepełnosprawności, posiadające prawo do emerytury, renty: proszone są o kontakt z DziekamaTem

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

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.