

| | | | |
|--------------------------------|---------|-----------|--|
| 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

II. DANE IDENTYFIKACYJNE PLATNIKA SKŁADEK

01. Numer NIP (wpisać bez kresek) 8 9 6 0 0 0 5 8 5 1 02. Numer REGON 0 0 0 0 1 6 1 4

03. Numer PESEL²⁾ 04. Rodzaj dokumentu: jeśli dowód osobisty, wpisać 1, jeśli paszport - 2 05. Seria i numer dokumentu

06. Nazwa skrócona P O L I T E C H N I K A W R O C Ł A W S K A

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 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)

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⁾ 1 8 1 3 0 0 lub 18 12 00 dla osób po 26 roku życia bez innego ubezp.zdrowotnego

VI. DANE O OBOWIĄZKOWYCH UBEZPIECZENIACH SPOŁECZNYCH

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

01. Data powstania obowiązku ubezpieczeń (dd / mm / rrrr) 0 1 1 0 2 0 2 4

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

wypełniają osoby z kodem 18 12 00

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

01. Kod wykonywanego zawodu⁴⁾ 02. Kod pracy w szczególnych warunkach / w szczególnym charakterze⁵⁾

03. Okres pracy w szczególnych warunkach / w szczególnym charakterze⁵⁾ (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 PLATNIKA SKŁADEK

01. Data wypełnienia (dd / mm / rrrr)

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 0 | 1 | 1 | 0 | 2 | 0 | 2 | 4 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|

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 składek lub osoby upoważnionej

03. Pieczęć płatnika składek

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

Podpis doktoranta

XVI. ADNOTACJE ZUS

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⁾ Należy wpisać, kod wykonywanego zawodu. Kod zawodu stanowi sześciocyfrowy numer określony w załączniku do rozporządzenia w sprawie klasyfikacji zawodów i specjalności na potrzeby rynku pracy oraz zakresu jej stosowania.
⁵⁾ Pola te wypełnia się w celu zgłoszenia / korekty danych dotyczących okresu sprzed dnia 1 stycznia 2009 r.