

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 PŁATNIKA SKŁADEK				
01. Numer NIP (wpisać bez kresek)		02. Numer REGON		
8960005851		000001614		
03. Numer PESEL ²⁾		04. Rodzaj dokumentu: jeśli dowód osobisty, wpisać 1, jeśli paszport - 2		
05. Seria i numer dokumentu				
06. Nazwa skrócona				
POLITECHNIKA WROCLAWSKA				
07. Nazwisko				
08. Imię pierwsze				
09. Data urodzenia (dd / mm / rrrr)				
III. DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY ZGŁASZANEJ DO UBEZPIECZEŃ				
01. Numer PESEL ²⁾		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 ³⁾				
18 13 00 lub 1812 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)		02. Emerytalnemu	04. Chorobowemu	
01102025		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				
01. Kod wykonywanego zawodu ⁴⁾		02. Kod pracy w szczególnych warunkach / w szczególnym charakterze ⁵⁾		03. Okres pracy w szczególnych warunkach / w szczególnym charakterze ⁵⁾ (dd / mm / rrrr) - (dd / mm / rrrr)

WYPEŁNIAJĄ OSOBY
z kodem 1812

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

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)

01 10 2025

Oświadczam, że dane zawarte w formularzu są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym. Jestem świadomy(-mą) 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(-mą) 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.