

PLATNIK WYPELNI 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	
<b>I. DANE ORGANIZACYJNE</b>		01. ZGŁOSZENIE DO UBEZPIECZEŃ (jeśli TAK, wpisać X)		02. ZGŁOSZENIE ZMIANY (wpisać - 1) / KOREKTY (wpisać - 2) DANYCH OSOBY UBEZPIECZONEJ (nie dotyczy zmiany danych identyfikacyjnych) <sup>1)</sup>		
03. Data nadania (dd / mm / rrr)		04. Nalepka „R”				
<b>II. DANE IDENTYFIKACYJNE PŁATNIKA SKŁADEK</b>		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 / rrr)				
<b>III. DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY ZGŁASZANEJ DO UBEZPIECZEŃ</b>		01. Numer PESEL <sup>2)</sup>		02. Rodzaj dokumentu (wypełnić jak pole II.04)		
03. Nazwisko		04. Seria i numer dokumentu				
05. Imię pierwsze		07. Data urodzenia (dd / mm / rrr)				
<b>IV. DANE EWIDENCYJNE OSOBY ZGŁASZANEJ DO UBEZPIECZEŃ</b>		01. Imię drugie		02. Nazwisko rodowe		
03. Obywatelstwo		04. Płeć (wpisać: K - kobieta, M - mężczyzna)				
<b>V. TYTUŁ UBEZPIECZENIA</b>		01. Kod tytułu ubezpieczenia <sup>3)</sup>				
<b>VI. DANE O OBOWIĄZKOWYCH UBEZPIECZENIACH SPOŁECZNYCH</b>		Osoba zgłaszana podlega ubezpieczeniom: (wpisać X w odpowiednim polu)				
01. Data powstania obowiązku ubezpieczeń (dd / mm / rrr)		02. Emerytalnemu		04. Chorobowemu		
		03. Rentowym		05. Wypadkowemu		
<b>VII. DANE O OBOWIĄZKOWYM UBEZPIECZENIU ZDROWOTNYM</b>		01. Data powstania obowiązku ubezpieczenia (dd / mm / rrr)		02. Kod oddziału NFZ		
<b>VIII. DANE O DOBROWOLNYCH UBEZPIECZENIACH SPOŁECZNYCH</b>		Wnoszę o objęcie ubezpieczeniami: (wpisać X w odpowiednim polu)		01. Emerytalnym		
		02. Od dnia (dd / mm / rrr)		03. Rentowymi		
				04. Od dnia (dd / mm / rrr)		
				05. Chorobowym		
				06. Od dnia (dd / mm / rrr)		
<b>IX. DANE O DOBROWOLNYM UBEZPIECZENIU ZDROWOTNYM</b>		01. Data rozpoczęcia ubezpieczenia (dd / mm / rrr)		02. Kod oddziału NFZ		
<b>X. INNE DANE O OSOBE ZGŁASZANEJ DO UBEZPIECZEŃ</b>		01. Kod wykonywanego zawodu <sup>4)</sup>		02. Kod pracy w szczególnych warunkach / w szczególnym charakterze <sup>5)</sup>		
		03. Okres pracy w szczególnych warunkach / w szczególnym charakterze <sup>5)</sup> (dd / mm / rrr)				

