

DANE UBEZPIECZONEGO

do przygotowania zgłoszenia ZUS ZUA / ZZA

Formularz pomocniczy do zebrania danych. Nie zastępuje urzędowych formularzy ZUS ZUA ani ZUS ZZA. Zakres został ułożony na podstawie aktualnych pól formularzy ZUS oraz informacji potrzebnych do ustalenia kodu tytułu ubezpieczenia.

I. Dane identyfikacyjne

PESEL

RODZAJ DOKUMENTU TOŻSAMOŚCI - JEŻELI POTRZEBNY

SERIA I NUMER DOKUMENTU

----------------------	----------------------

NAZWISKO

IMIĘ PIERWSZE

IMIĘ DRUGIE

----------------------	----------------------

DATA URODZENIA (DD/MM/RRRR)

PŁEĆ: K / M

----------------------	----------------------

NAZWISKO RODOWE

OBYWATELSTWO

II. Informacje wpływające na zgłoszenie do ubezpieczeń

- ☐ mam ustalone prawo do emerytury
- ☐ mam ustalone prawo do renty
- ☐ posiadam orzeczenie o stopniu niepełnosprawności
- ☐ jestem uczniem / studentem i nie ukończyłam/em 26 lat - jeżeli dotyczy umowy cywilnoprawnej
- ☐ mam inny tytuł do ubezpieczeń społecznych - np. zatrudnienie u innego pracodawcy, działalność gospodarcza lub inna umowa

STOPIEŃ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI - JEŚLI DOTYCZY

OKRES WAŻNOŚCI ORZECZENIA

----------------------	----------------------

INNY TYTUŁ DO UBEZPIECZEŃ - OPISZ, JEŚLI ZAZNACZONO POWYŻEJ

DANE UBEZPIECZONEGO

adresy i dane kontaktowe

III. Adres zameldowania na stałe miejsce pobytu

KOD POCZTOWY

MIEJSCOWOŚĆ

--	--

GMINA / DZIELNICA

--

ULICA

--

NR DOMU

NR LOKALU

--	--

NUMER TELEFONU

PAŃSTWO / ZAGRANICZNY KOD POCZTOWY - JEŚLI DOTYCZY

--	--

IV. Adres zamieszkania

Wypełnij, jeżeli adres zamieszkania jest inny niż adres zameldowania.

KOD POCZTOWY

MIEJSCOWOŚĆ

--	--

GMINA / DZIELNICA

--

ULICA

--

NR DOMU

NR LOKALU

--	--

V. Adres do korespondencji

Wypełnij, jeżeli jest inny niż adres zameldowania i adres zamieszkania.

KOD POCZTOWY

MIEJSCOWOŚĆ

--	--

ULICA / SKRYTKA POCZTOWA / NR DOMU I LOKALU

--

ADRES E-MAIL

--

KOD ODDZIAŁU NFZ - JEŻELI ZNANY / WYMAGANY PRZY PRZYGOTOWANIU ZGŁOSZENIA

--

Oświadczam, że podane dane są zgodne ze stanem faktycznym. Zobowiązuję się poinformować pracodawcę / płatnika o zmianie danych mających wpływ na zgłoszenie do ubezpieczeń.

--	--

miejscowość i data

podpis osoby ubezpieczonej