

ZUS ZUA

Zgłoszenie do ubezpieczeń /
zgłoszenie zmiany danych
osoby ubezpieczonej



Poradnik
dla płatników
składek

Jak wypełnić i skorygować



ZAKŁAD
UBEZPIECZEŃ
SPOŁECZNYCH

ZUS ZUA

Zgłoszenie do ubezpieczeń / zgłoszenie zmiany danych osoby ubezpieczonej

Jak wypełnić i skorygować

Poradnik
*dla płatników
składek*

WWW.ZUS.PL



Zakład Ubezpieczeń Społecznych
ul. Szamocka 3, 5
01-748 Warszawa



KAPITAŁ LUDZKI
CZŁOWIEK – NAJLEPSZA INWESTYCJA!



ZAKŁAD
UBEZPIECZEŃ
SPOŁECZNYCH

UNIA EUROPEJSKA
EUROPEJSKI
FUNDUSZ SPOŁECZNY



Publikacja współfinansowana ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego

PLATNIK WYPEŁNIA 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 identyfikacyjnych¹⁾)

03. Data nadania (dd / mm / rrrr)

04. Nalepka „R”

II. DANE IDENTYFIKACYJNE PLATNIKA SKŁADEK

01. Numer NIP (wpisać bez kresek)

1 2 3 4 5 6 7 8 9 0

02. Numer REGON

1 1 1 1 1 1 1 1 1 1

03. Numer PESEL²⁾

2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2

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

05. Seria i numer dokumentu

07. Nazwisko

K O W A L S K I

08. Imię pierwsze

J A N

09. Data urodzenia (dd / mm / rrrr)

1 1 1 1 1 9 8 0

III. DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY ZGŁASZANEJ DO UBEZPIECZEŃ

01. Numer PESEL²⁾

1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1

02.

03. Rodzaj dokumentu

(wypełnić jak pole II.04)

04. Seria i numer dokumentu

05. Nazwisko

N O W A K

06. Imię pierwsze

A N N A

07. Data urodzenia (dd / mm / rrrr)

1 1 1 1 1 9 7 1

IV. DANE EWIDENCYJNE OSOBY ZGŁASZANEJ DO UBEZPIECZEŃ

01. Imię drugie

02. Nazwisko rodowe

03. Obywatelstwo

P O L S K I E

04. Płeć (wpisać: K - kobieta,
M - mężczyzna)

K

V. TYTUŁ UBEZPIECZENIA

01. Kod tytułu ubezpieczenia³⁾

0 1 1 0 0 0

VI. DANE O OBOWIĄZKOWYCH UBEZPIECZENIACH SPOŁECZNYCH

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

0 1 1 1 2 0 1 3

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)

0 1 1 1 2 0 1 3

02. Kod oddziału NFZ

0 7 R

VIII. DANE O DOBROWOLNYCH UBEZPIECZENIACH SPOŁECZNYCH

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

01. Emerytalnym

02. Od dnia (dd / mm / rrrr)

03. Rentowymi

04. Od dnia (dd / mm / rrrr)

05. Chorobowym

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) - (dd / mm / rrrr)

PLATNIK WYPEŁNIA POLA W WYZNACZONYCH KRATKACH KOMPUTEROWO, NA MASZYNE LUB RĘCZNIE
DUŻYMI DRUKOWANYMI LITERAMI, CZARNYM LUB NIEBIESKIM KOLOREM.

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
02 - 678	WARSAWA
03. Gmina / Dzielnica	
CENTRUM	
04. Ulica	
MARZANNY	
05. Numer domu	06. Numer lokalu
9	2
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 PŁATNIKA SKŁADEK

01. Data wypełnienia (dd / mm / rrrr)
01 11 2013

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

Jan Kowalski

03. Pieczęćka płatnika

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

Anna Nowak

XVI. ADNOTACJE ZUS

¹W przypadku zmiany danych identyfikacyjnych należy wypełnić formularz ZUS ZIUA.

²Numer PESEL podaje się, o ile został nadany.

³Dla określonego kodu tytułu ubezpieczenia należy wypełnić formularz ZUS ZAA.

⁴Blok X. wypełnia się w celu zgłoszenia / korekty danych dotyczących okresu sprzed 1 stycznia 2009 r.

DO CZEGO SŁUŻY DOKUMENT ZUS ZUA?

Dokument ZUS ZUA służy do zgłoszenia osoby z danego tytułu ubezpieczenia (z wyjątkiem osób przebywających na urlopie wychowawczym lub pobierających zasiłek macierzyński albo zasiłek w wysokości zasiłku macierzyńskiego; szczegółowe informacje na ten temat znajdziesz w poradniku *Zasady rozliczania składek na ubezpieczenia społeczne i ubezpieczenie zdrowotne osób przebywających na urloпах wychowawczych lub pobierających zasiłek macierzyński* na www.zus.pl).

- ➔ do ubezpieczeń,
- ➔ zmiany / korekty danych dotyczących osoby ubezpieczonej (z wyjątkiem zmiany danych identyfikacyjnych, którą należy zgłosić na formularzu ZUS ZIUA, oraz schematu podlegania, korekty kodu tytułu ubezpieczenia i daty objęcia ubezpieczeniami, które dokonywane są przez wyrejestrowanie na formularzu ZUS ZWUA i ponowne zarejestrowanie z aktualnymi / prawidłowymi danymi) zgłoszonymi na formularzu ZUS ZUA.

Zgłoszenie na formularzu ZUS ZUA musisz dokonać zgodnie z przepisami ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych.

Zgłoszenia do ubezpieczeń społecznych (i zdrowotnego) na formularzu ZUS ZUA dokonuje się w ciągu 7 dni od daty powstania obowiązku ubezpieczeń, a w przypadku twórców i artystów – w terminie 7 dni od dnia otrzymania decyzji Komisji do Spraw Zaopatrzenia Emerytalnego Twórców, ustalającej datę rozpoczęcia działalności twórczej lub artystycznej.

Osoby, które obejmowane są ubezpieczeniami społecznymi na zasadach dobrowolności, zgłaszają wniosek o objęcie tymi ubezpieczeniami w terminie przez siebie wybranym.

O wszelkich zmianach w stosunku do danych wykazanych w zgłoszeniu do ubezpieczeń należy zawiadomić ZUS w terminie 7 dni od zaistnienia tych zmian.



WAŻNE

Ogólne zasady sporządzania dokumentów ubezpieczeniowych, formy przekazywania ich i terminy znajdziesz w poradniku Ogólne zasady wypełniania i korygowania dokumentów ubezpieczeniowych.

Wzór prawidłowo wypełnionego dokumentu zgłoszeniowego ZUS ZUA przedstawiliśmy na stronach 2 i 3.

JAK WYPEŁNIĆ DOKUMENT ZUS ZUA?

Zasady poprawnego wypełnienia zgłoszenia osoby ubezpieczonej ZUS ZUA przedstawiamy poniżej.

I. DANE ORGANIZACYJNE

Wypełnij ten blok **jednoznacznie**, tzn. zaznacz tylko jedno z pól.

- ➔ Jeśli chcesz po raz pierwszy zgłosić ubezpieczonego z danego tytułu do ubezpieczeń – **w polu 01** wpisz „X”.

PŁATNIK WYPEŁNIA POLA W WYZNACZONYCH KRATKACH KOMPUTEROWO, NA MASZYNE LUB RĘCZNIE
DUŻYMI DRUKOWANYMI LITERAMI, CZARNYM LUB NIEBIESKIM KOŁOREM.

ZAKŁAD UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH	ZUS ZUA	strona: 1	ZGŁOSZENIE DO UBEZPIECZEŃ / ZGŁOSZENIE ZMIANY DANYCH OSOBY UBEZPIECZONEJ
I. DANE ORGANIZACYJNE			
<input checked="" type="checkbox"/> 01. ZGŁOSZENIE DO UBEZPIECZEŃ (jeśli TAK, wpisać X)		<input type="checkbox"/> 02. ZGŁOSZENIE ZMIANY (wpisać - 1) / KOREKTY (wpisać - 2) DANYCH OSOBY UBEZPIECZONEJ (nie dotyczy zmiany danych identyfikacyjnych) ¹⁾	
<input type="checkbox"/> 03. Data nadania (dd / mm / rrrr)		<input type="checkbox"/> 04. Nalepka „R”	

- Jeśli chcesz zgłosić zmianę lub korektę danych (z wyjątkiem danych identyfikacyjnych ubezpieczonego, które zgłasza się na formularzu ZUS ZIUA, oraz danych dotyczących kodu tytułu ubezpieczenia oraz rodzajów ubezpieczeń i terminów ich powstania, które zgłaszasz przez wyrejestrowanie na formularzu ZUS ZWUA i następnie złożenie prawidłowego zgłoszenia) podanych we wcześniej złożonym zgłoszeniu ubezpieczonego z danym kodem tytułu ubezpieczenia – w **polu 02** wpisz:
- 1 – w przypadku zgłoszenia zmiany danych osoby ubezpieczonej,
 - 2 – w przypadku zgłoszenia korekty danych osoby ubezpieczonej.



PAMIĘTAJ

Zmiana występuje wtedy, gdy zmieniły się dane wykazane we wcześniej złożonym zgłoszeniu, np. nastąpiła zmiana adresu zamieszkania.

Korekta występuje wtedy, gdy poprawiasz błędy popełnione we wcześniej złożonym zgłoszeniu, np. został podany nieprawidłowy adres zamieszkania.

- **Pól 03 i 04** – nie wypełnia się.

II. DANE IDENTYFIKACYJNE PŁATNIKA SKŁADEK

Ten blok wypełnij szczególnie starannie, wpisując dane podane w zgłoszeniu płatnika składek ZUS ZPA, ZUS ZFA lub we wniosku CEIDG-1, a w przypadku zmiany / korekty danych identyfikacyjnych płatnika składek – dane podane w bloku III dokumentu ZUS ZIPA lub wniosku CEIDG-1.



WAŻNE

Zasady podawania właściwego zestawu danych identyfikacyjnych płatnika składek znajdziesz w poradniku Ogólne zasady wypełniania i korygowania dokumentów ubezpieczeniowych.

- **W polu 01** – wpisz numer NIP (Numer Identyfikacji Podatkowej) nadany płatnikowi przez urząd skarbowy, nie oddzielając kreskami poszczególnych członów.
- **W polu 02** – wpisz numer REGON nadany płatnikowi przez Główny Urząd Statystyczny i ewidencjonowany w krajowym rejestrze urzędowym podmiotów gospodarki narodowej (numer ten może mieć 9 lub 14 znaków; wpisz go wraz z występującymi „0”).
- **Pola 03–05** – wypełniasz, jeśli jesteś płatnikiem składek będącym osobą fizyczną:
 - **w polu 03** – wpisz numer PESEL (numer ewidencyjny nadany przez Rządowe Centrum Informatyczne Powszechnego Elektronicznego Systemu Ewidencji Ludności),
 - polu 04 i 05** – wypełniasz wyłącznie, jeśli nie nadano Ci numerów NIP, REGON lub PESEL albo jednego z nich:
 - **w polu 04** – w zależności od rodzaju dokumentu wpisz:
 - 1 – w przypadku dowodu osobistego,
 - 2 – w przypadku paszportu lub innego dokumentu potwierdzającego tożsamość obywatela Unii Europejskiej,
 - **w polu 05** – wpisz serię i numer – odpowiednio do kodu wpisanego w pole 04 – dowodu osobistego, paszportu lub innego dokumentu potwierdzającego tożsamość obywatela Unii Europejskiej.
- **W polu 06** – wpisz nazwę skróconą płatnika, która została podana w zgłoszeniu płatnika składek lub we wniosku CEIDG-1.
- **Pola 07–09** – wypełniasz, jeśli jesteś płatnikiem składek będącym osobą fizyczną:
 - **w polu 07** – wpisz nazwisko płatnika składek (poszczególne człony nazwiska oddziel kreską),
 - **w polu 08** – wpisz pierwsze imię płatnika składek,
 - **w polu 09** – wpisz datę urodzenia płatnika składek (dzień / miesiąc / rok).

II. DANE IDENTYFIKACYJNE PŁATNIKA SKŁADEK	
01. Numer NIP (wpisać bez kresek)	02. Numer REGON
1 2 3 4 5 6 7 8 9 0	1 1 1 1 1 1 1 1 1 1
03. Numer PESEL ²⁾	04. Rodzaj dokumentu: jeśli dowód osobisty, wpisać 1, jeśli paszport - 2
2 2 2 2 2 2 2 2 2 2	05. Seria i numer dokumentu
06. Nazwa skrócona	
07. Nazwisko	
K O W A L S K I	
08. Imię pierwsze	09. Data urodzenia (dd / mm / rrrr)
J A N	1 1 1 1 1 9 8 0

III. DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY ZGŁASZANEJ DO UBEZPIECZEŃ

Na podstawie zgłoszenia do ubezpieczeń zakładane jest ubezpieczonemu indywidualne konto, dlatego ten blok wypełnij szczególnie starannie, wpisując prawidłowo i czytelnie **numer PESEL**, a jeśli ubezpieczonemu nie nadano tego numeru – serię i numer dowodu osobistego albo paszportu oraz **nazwisko, pierwsze imię i datę urodzenia**.

- **W polu 01** – wpisz numer PESEL osoby zgłaszanej do ubezpieczeń nadany przez Rządowe Centrum Informatyczne Powszechnego Elektronicznego Systemu Ewidencji Ludności.
- **Pola 02** – nie wypełnia się.
- **Pola 03 i 04** – wypełniasz wyłącznie, jeśli osoba zgłaszana / zgłoszona nie posiada numeru identyfikacyjnego PESEL:
 - **w polu 03** – w zależności od rodzaju dokumentu wpisz:
 - 1 – w przypadku dowodu osobistego,
 - 2 – w przypadku paszportu lub innego dokumentu potwierdzającego tożsamość obywatela Unii Europejskiej,
 - **w polu 04** – wpisz serię i numer – odpowiednio do kodu wpisanego w polu 03 – dowodu osobistego, paszportu lub innego dokumentu potwierdzającego tożsamość obywatela Unii Europejskiej.
- **W polu 05** – wpisz nazwisko osoby zgłaszanej / zgłoszonej do ubezpieczeń (poszczególne człony nazwiska oddziel kreską).
- **W polu 06** – wpisz pierwsze imię osoby zgłaszanej / zgłoszonej do ubezpieczeń.
- **W polu 07** – wpisz datę urodzenia osoby zgłaszanej / zgłoszonej do ubezpieczeń (dzień / miesiąc / rok).

III. DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY ZGŁASZANEJ DO UBEZPIECZEŃ	
01. Numer PESEL ²⁾	02.
1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1	03. Rodzaj dokumentu (wypełnić jak pole II.04)
05. Nazwisko	04. Seria i numer dokumentu
N O W A K	
06. Imię pierwsze	07. Data urodzenia (dd / mm / rrrr)
A N N A	1 1 1 1 1 9 7 1

IV. DANE EWIDENCYJNE OSOBY ZGŁASZANEJ DO UBEZPIECZEŃ

- **W polu 01** – wpisz drugie imię osoby zgłaszanej / zgłoszonej do ubezpieczeń. Jeżeli nie posiada ona drugiego imienia, pozostaw puste pole.
- **W polu 02** – wpisz nazwisko rodowe podane w metryce urodzenia.
- **W polu 03** – wpisz obywatelstwo. Niewypełnienie tego pola oznacza, że osoba zgłaszana do ubezpieczeń ma obywatelstwo polskie.

➔ W polu 04 – wpisz płeć: K (kobieta), M (mężczyzna).

IV. DANE EWIDENCYJNE OSOBY ZGŁASZANEJ DO UBEZPIECZEŃ	
01. Imię drugie	
02. Nazwisko rodowe	
03. Obywatelstwo	P O L S K I E
04. Płeć (wpisać: K - kobieta, M - mężczyzna)	K

V. TYTUŁ UBEZPIECZENIA

Informacje podane w tym bloku służą do gromadzenia na koncie ubezpieczonego danych o przebiegu ubezpieczenia. Na podstawie podanego kodu tytułu ubezpieczenia weryfikowany jest także podany w blokach VI–IX schemat podlegania poszczególnym ubezpieczeniom oraz kod podany w imiennym raporcie miesięcznym złożonym za danego ubezpieczonego. Podany kod tytułu ubezpieczenia ma zatem wpływ na prawidłowość rozliczenia składek.

➔ W polu 01 – wpisz obowiązujący w danym okresie sześciocyfrowy kod tytułu ubezpieczenia (zgodnie z poradnikiem *Ogólne zasady wypełniania i korygowania dokumentów ubezpieczeniowych*), np. dla osoby zatrudnionej na podstawie umowy o pracę, która nie jest uprawniona do emerytury lub renty oraz nie przedłożyła pracodawcy orzeczenia o stopniu niepełnosprawności, kod tytułu ubezpieczenia jest następujący: 01 10 0 0.

Wypełniając ostatnie pole kodu tytułu ubezpieczenia, pamiętaj, że orzeczenie lekarza orzecznika ZUS o:

- ➔ całkowitej niezdolności do pracy i samodzielnej egzystencji traktowane jest na równi z orzeczeniem o znacznym stopniu niepełnosprawności,
- ➔ całkowitej niezdolności do pracy jest traktowane na równi z orzeczeniem o umiarkowanym stopniu niepełnosprawności,
- ➔ częściowej niezdolności do pracy lub celowości przekwalifikowania jest traktowane na równi z orzeczeniem o lekkim stopniu niepełnosprawności.

V. TYTUŁ UBEZPIECZENIA	
01. Kod tytułu ubezpieczenia ³⁾	0 1 1 0 0 0

VI. DANE O OBOWIĄZKOWYCH UBEZPIECZENIACH SPOŁECZNYCH

Obowiązkowym ubezpieczeniem społecznym podlegają osoby wymienione w art. 6, art. 11 ust. 1 i art. 12 ust. 1 ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych.

- ➔ W polu 01 – wpisz datę, od której powstał obowiązek ubezpieczeń społecznych (dzień / miesiąc / rok).
- ➔ W polach 02–05 – wpisz „X” odpowiednio do rodzaju ubezpieczenia (tj. ubezpieczenie emerytalne, rentowe, chorobowe, wypadkowe), któremu osoba zgłaszana do ubezpieczeń podlega obowiązkowo z tytułu ubezpieczenia podanego w bloku V.

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 1 2 0 1 3	02. Emerytalnemu	<input checked="" type="checkbox"/>
		04. Chorobowemu	<input checked="" type="checkbox"/>
		03. Rentowemu	<input checked="" type="checkbox"/>
		05. Wypadkowemu	<input checked="" type="checkbox"/>

VII. DANE O OBOWIĄZKOWYM UBEZPIECZENIU ZDROWOTNYM

Obowiązkowemu ubezpieczeniu zdrowotnemu podlegają osoby wymienione w art. 66 ust. 1 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

- ➔ **W polu 01** – wpisz datę, od której powstał obowiązek ubezpieczenia zdrowotnego z tytułu ubezpieczenia podanego w bloku V (dzień / miesiąc / rok).
- ➔ **W polu 02** – wpisz trzyznakowy kod oddziału Narodowego Funduszu Zdrowia (zgodnie z poradnikiem *Ogólne zasady wypełniania i korygowania dokumentów ubezpieczeniowych*), do którego zgodnie z adresem zamieszkania należy osoba zgłaszana / zgłoszona do ubezpieczeń.

VII. DANE O OBOWIĄZKOWYM UBEZPIECZENIU ZDROWOTNYM

01. Data powstania obowiązkowego ubezpieczenia (dd / mm / rrrr)

0 1 1 1 2 0 1 3

02. Kod oddziału NFZ

0 7 R



WAŻNE

W przypadku zgłaszania danej osoby do obowiązkowych ubezpieczeń społecznych i do obowiązkowego ubezpieczenia zdrowotnego podaj taką samą datę podlegania tym ubezpieczeniom, z wyjątkiem osoby podlegającej ubezpieczeniu społecznemu w dniu 31 grudnia 1998 r., którą do ubezpieczeń społecznych powinieneś zgłosić z tą datą, a do ubezpieczenia zdrowotnego od 1 stycznia 1999 r.

VIII. DANE O DOBROWOLNYCH UBEZPIECZENIACH SPOŁECZNYCH

Dobrowolnym ubezpieczeniom emerytalnemu i rentowym podlegają osoby wymienione w art. 7 ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych, a także osoby, dla których ubezpieczenia te są dobrowolne w myśl art. 9 tej ustawy.

Dobrowolnie ubezpieczeniu chorobowemu podlegają osoby wymienione w art. 11 ust. 2 przywołanej ustawy, objęte obowiązkowo ubezpieczeniami emerytalnym i rentowymi.

Objęcie dobrowolnie ubezpieczeniami emerytalnym, rentowymi i chorobowym następuje od dnia wskazanego we wniosku o objęcie tymi ubezpieczeniami, nie wcześniej jednak niż od dnia, w którym wniosek został zgłoszony.

Objęcie dobrowolnie ubezpieczeniem chorobowym następuje od dnia wskazanego we wniosku tylko wówczas, gdy zgłoszenie do ubezpieczeń emerytalnego i rentowych zostanie dokonane w terminie 7 dni od daty powstania obowiązku tych ubezpieczeń.



WAŻNE

➔ Osoby zgłaszane do obowiązkowych ubezpieczeń emerytalnego i rentowych oraz do dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego obejmowane są ubezpieczeniem chorobowym od dnia wskazanego we wniosku tylko wówczas, gdy zgłoszenie do ubezpieczeń zostanie dokonane w terminie 7 dni od dnia powstania obowiązku ubezpieczeń emerytalnego i rentowych.

➔ Osoby zgłaszane do dobrowolnych ubezpieczeń emerytalnego i rentowych, podlegające równocześnie z danego tytułu obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego, należy zgłaszać do wszystkich ubezpieczeń od tej samej daty.

➔ **W polach 01, 03, 05** – wpisz „X” odpowiednio do rodzaju ubezpieczenia.

➔ **W polach 02, 04, 06** wpisz daty, od których osoba zgłaszana wnosi o objęcie dobrowolnymi ubezpieczeniami społecznymi (dzień / miesiąc / rok).


PRZYKŁAD

Osoba prowadząca pozarolniczą działalność gospodarczą podlega obowiązkowo ubezpieczeniom: emerytalnemu, rentowym i wypadkowemu, ubezpieczenie chorobowe jest dla tej osoby ubezpieczeniem dobrowolnym.

VIII. DANE O DOBROWOLNYCH UBEZPIECZENIACH SPOŁECZNYCH					
Wnoszę o objęcie ubezpieczeniami: (wpisać X w odpowiednim polu)					
01. Emerytalnym	<input type="checkbox"/>	03. Rentowymi	<input type="checkbox"/>	05. Chorobowym	<input checked="" type="checkbox"/>
02. Od dnia (dd / mm / rrrr)	<input type="text"/>	04. Od dnia (dd / mm / rrrr)	<input type="text"/>	06. Od dnia (dd / mm / rrrr)	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
				0 1 1 1 2 0 1 3	

IX. DANE O DOBROWOLNYM UBEZPIECZENIU ZDROWOTNYM

Dobrowolnemu ubezpieczeniu zdrowotnemu podlegają osoby, o których mowa w art. 68 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

- ➔ **W polu 01** – wpisz datę rozpoczęcia ubezpieczenia (dzień / miesiąc / rok).
- ➔ **W polu 02** – wpisz trzyznakowy kod oddziału Narodowego Funduszu Zdrowia (zgodnie z poradnikiem *Ogólne zasady wypełniania i korygowania dokumentów ubezpieczeniowych*), do którego zgodnie z adresem zamieszkania należy osoba zgłaszana / zgłoszona do ubezpieczeń.

IX. DANE O DOBROWOLNYM UBEZPIECZENIU ZDROWOTNYM					
01. Data rozpoczęcia ubezpieczenia (dd / mm / rrrr)	<input type="text"/>	02. Kod oddziału NFZ	<input type="text"/>		
<input type="text"/>	0 1 1 1 2 0 1 3	<input type="text"/>	0 7 R		

X. INNE DANE O OSOBIE ZGŁASZANEJ DO UBEZPIECZEŃ

Blok X wypełniasz w celu zgłoszenia / korekty danych dotyczących okresu **przed 1 stycznia 2009 r.** Dane **za okres późniejszy** wykazywane są w formularzu **ZUS ZSWA**.

- ➔ **Pole 01** – wypełnij, jeśli osoba zgłaszana do ubezpieczeń wykonuje pracę w szczególnych warunkach lub o szczególnym charakterze, a więc łącznie z polami 02, 03.
W polu tym wpisz właściwy kod wykonywanego zawodu. Kody opublikowane zostały w rozporządzeniu Ministra Gospodarki i Pracy z dnia 8 grudnia 2004 r. w sprawie klasyfikacji zawodów i specjalności dla potrzeb rynku pracy oraz zakresu jej stosowania oraz w rozporządzeniu Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 1 czerwca 2007 r. zmieniającym to rozporządzenie. Informacja dotycząca kodów dostępna jest na www.zus.pl.
- ➔ **Pole 02** – wypełnij, jeżeli osoba zgłaszana do ubezpieczeń wykonuje pracę w szczególnych warunkach bądź w szczególnym charakterze.
W tym polu wpisz zgodnie z załącznikiem nr 17 do rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 24 czerwca 2008 r. w sprawie określenia wzorów zgłoszeń do ubezpieczeń społecznych i ubezpieczenia zdrowotnego, imiennych raportów miesięcznych i imiennych raportów miesięcznych korygujących, zgłoszeń płatnika, deklaracji rozliczeniowych i deklaracji rozliczeniowych korygujących oraz innych dokumentów dziewięciodziesięciodziesiąt kod pracy w szczególnych warunkach bądź w szczególnym charakterze.
- ➔ **W polu 03** – wpisz okres pracy w szczególnych warunkach bądź w szczególnym charakterze „od–do” (dzień / miesiąc / rok). Jeżeli nie jest znana data zakończenia pracy w szczególnych warunkach lub w szczególnym charakterze, pole „do” pozostawiasz puste.

XI. ADRES ZAMELDOWANIA NA STAŁE MIEJSCE POBYTU

- **W polu 01** – wpisz kod pocztowy. W przypadku adresu zagranicznego nie wypełniaj pola (pozostaw puste).
- **W polu 02** – wpisz miejscowość zameldowania na stałe miejsce pobytu.
- **W polu 03** – wpisz nazwę gminy lub dzielnicy. W przypadku adresu zagranicznego nie musisz wypełniać pola (możesz pozostawić puste).
- **W polu 04** – wpisz nazwę ulicy. Jeżeli w adresie nie występuje nazwa ulicy, nie wypełniaj pola (pozostaw puste).
- **W polu 05** – wpisz numer domu. Jeżeli numer domu jest łamany, wpisz go, oddzielając numery pochyłą kreską, np. 113/115, a gdy w numerze występuje litera, wpisz wielką literę drukowaną, np. 113B, bez żadnej przerwy.
- **W polu 06** – wpisz numer lokalu. Jeżeli w adresie nie występuje numer lokalu, nie wypełniaj pola (pozostaw puste).
- **W polu 07** – wpisz numer telefonu, poprzedzając go numerem kierunkowym, np. 22 222 11 33. Jeżeli osoba zgłaszana nie posiada telefonu, nie wypełniaj pola (pozostaw puste).
- **Pole 08** – wypełnij, jeśli adres osoby zgłaszanej do ubezpieczeń / ubezpieczonej jest inny niż polski. W polu 08 wpisz dwuliterowy symbol państwa (zgodnie z poradnikiem *Ogólne zasady wypełniania i korygowania dokumentów ubezpieczeniowych*) oraz zagraniczny kod pocztowy. W przypadku adresu polskiego nie wypełniaj pola (pozostaw puste).


WAŻNE
Pola 01 i 08 nie mogą być wypełnione łącznie.

PŁATNIK WYPEŁNIA POLA W WYZNACZONYCH KRATKACH KOMPUTEROWO, NA MASZYNE LUB RĘCZNIE
DUŻYMI DRUKOWANYMI LITERAMI, CZARNYM LUB NIEBIESKIM KOLOREM.

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		
0 2 - 6 7 8	W A R S Z A W A		
03. Gmina / Dzielnica			
C E N T R U M			
04. Ulica			
M A R Z A N N Y			
05. Numer domu		06. Numer lokalu	
9		2	
07. Numer telefonu		08. Symbol państwa - zagraniczny kod pocztowy (wypełnić w przypadku, gdy adres jest inny niż polski)	

XII. ADRES ZAMIESZKANIA

Pola 01–08 – wypełnij tylko, jeśli adres zamieszkania jest inny niż adres zameldowania na stałe miejsce pobytu wskazany w bloku XII. Pola wypełnij odpowiednio, z zastosowaniem zasad podanych w bloku XI „Adres zameldowania na stałe miejsce pobytu”.

XIII. ADRES DO KORESPONDENCJI

Pola 01–09 – wypełnij tylko, jeśli osoba zgłaszana do ubezpieczeń wnioskuje o przekazywanie korespondencji na inny adres niż wskazany w bloku XI lub XII. Pola 01–08 wypełnij zgodnie z zasadami podanymi w bloku XI „Adres zameldowania na stałe miejsce pobytu”.

- **W polu 09** – wpisz adres poczty elektronicznej.

**WAŻNE**

Jeśli adres ten nie zostanie podany lub podany adres jest błędny, np. brakuje kodu pocztowego, to korespondencja do ubezpieczonego będzie kierowana na adres zamieszkania, a jeżeli brakuje tego adresu lub jest błędny – na adres zameldowania na stałe miejsce pobytu.

XIV. OŚWIADCZENIE PŁATNIKA SKŁADEK

- ➔ **W polu 01** – wpisz datę wypełnienia formularza (dzień / miesiąc / rok).
- ➔ **W polu 02** – dla potwierdzenia wiarygodności danych składasz podpis jako płatnik składek lub składa go osoba, którą upoważniłeś.
- ➔ **W polu 03** – przystaw swoją pieczęć jako płatnik składek (jeśli ją posiadasz).

XV. OŚWIADCZENIE OSOBY ZGŁASZANEJ / ZGŁOSZONEJ DO UBEZPIECZENIA

- ➔ **W polu 01** – osoba zgłaszana do ubezpieczeń / osoba ubezpieczona własnoręcznym podpisem potwierdza zgodność danych zawartych w formularzu ze stanem faktycznym.

JAK SKORYGOWAĆ ZGŁOSZENIE ZUS ZUA?

KOREKTA DANYCH ORGANIZACYJNYCH WYKAZANYCH W BLOKU I DOKUMENTU ZUS ZUA

- ➔ Gdy w bloku I dokumentu zgłoszeniowego ZUS ZUA zamiast pola „Zgłoszenie do ubezpieczeń (ubezpieczenia)” zaznaczyłeś pole „Zgłoszenie zmiany / korekty danych...”,

PLATNIK WYPEŁNIA 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			
<input type="checkbox"/> 01. ZGŁOSZENIE DO UBEZPIECZEŃ (jeśli TAK, wpisać X)	<input checked="" type="checkbox"/> 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”		

- złóż prawidłowo wypełniony dokument ZUS ZUA w trybie zgłoszenia, tzn. w bloku I „Dane organizacyjne” wpisz „X” w polu oznaczającym zgłoszenie do ubezpieczeń.

PLATNIK WYPEŁNIA 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			
<input checked="" type="checkbox"/> 01. ZGŁOSZENIE DO UBEZPIECZEŃ (jeśli TAK, wpisać X)	<input type="checkbox"/> 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”		

- ➔ Jeśli wypełnisz oba pola w bloku I, złóż prawidłowo wypełniony dokument ZUS ZUA, z zaznaczeniem odpowiedniego pola w bloku I.

KOREKTA DANYCH IDENTYFIKACYJNYCH PŁATNIKA SKŁADEK WYKAZANYCH W BLOKU II DOKUMENTU ZUS ZUA

- ➔ Jeśli korygujesz dane identyfikacyjne płatnika składek, podane w bloku II dokumentu zgłoszenia do ubezpieczeń ZUS ZUA – np. błędnie wpisane nazwisko płatnika składek: Kobialski zamiast Kowalski,

PLATNIK WYPEŁNIA 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			
<input checked="" type="checkbox"/> 01. ZGŁOSZENIE DO UBEZPIECZEŃ (jeśli TAK, wpisać X)	<input type="checkbox"/> 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		
1 2 3 4 5 6 7 8 9 0	1 1 1 1 1 1 1 1 1 1		
03. Numer PESEL ²⁾	04. Rodzaj dokumentu: jeśli dowód osobisty, wpisać 1, jeśli paszport - 2	05. Seria i numer dokumentu	
2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2			
06. Nazwa skrócona			
07. Nazwisko			
K O B I A L S K I			
08. Imię pierwsze			
J A N			
09. Data urodzenia (dd / mm / rrrr)			
1 1 1 1 1 9 8 0			

złóż prawidłowo wypełniony dokument zgłoszenia.

PŁATNIK WYPEŁNIA POLA W WYZNACZONYCH KRATKACH KOMPUTEROWO, NA MASZYNIE 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 PŁATNIKA SKŁADEK			
01. Numer NIP (wpisać bez kresek)		02. Numer REGON	
1 2 3 4 5 6 7 8 9 0		1 1 1 1 1 1 1 1 1 1	
03. Numer PESEL ²⁾		04. Rodzaj dokumentu: jeśli dowód osobisty, wpisać 1, jeśli paszport - 2	
2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2		05. Seria i numer dokumentu	
06. Nazwa skrócona			
07. Nazwisko			
K O W A L S K I			
08. Imię pierwsze		09. Data urodzenia (dd / mm / rrrr)	
J A N		1 1 1 1 1 9 8 0	

KOREKTA DANYCH IDENTYFIKACYJNYCH UBEZPIECZONEGO WYKAZANYCH W BLOKU III DOKUMENTU ZUS ZUA

→ Korekty danych identyfikacyjnych ubezpieczonego, np. błędnie podanego nazwiska osoby ubezpieczonej (Nowal zamiast Nowak),

PŁATNIK WYPEŁNIA POLA W WYZNACZONYCH KRATKACH KOMPUTEROWO, NA MASZYNIE 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 PŁATNIKA SKŁADEK			
01. Numer NIP (wpisać bez kresek)		02. Numer REGON	
1 2 3 4 5 6 7 8 9 0		1 1 1 1 1 1 1 1 1 1	
03. Numer PESEL ²⁾		04. Rodzaj dokumentu: jeśli dowód osobisty, wpisać 1, jeśli paszport - 2	
2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2		05. Seria i numer dokumentu	
06. Nazwa skrócona			
07. Nazwisko			
K O W A L S K I			
08. Imię pierwsze		09. Data urodzenia (dd / mm / rrrr)	
J A N		1 1 1 1 1 9 8 0	
III. DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY ZGŁASZANEJ DO UBEZPIECZEŃ			
01. Numer PESEL ²⁾		02.	
1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1		03. Rodzaj dokumentu (wypełnić jak pole II.04)	
04. Seria i numer dokumentu			
05. Nazwisko			
N O W A L			
06. Imię pierwsze		07. Data urodzenia (dd / mm / rrrr)	
A N N A		1 1 1 1 1 9 7 1	

dokonujesz, składając dokument ZUS ZIUA (z zastrzeżeniem punktu następnego). Dokument ten wypełnij w następujący sposób:

- w bloku I „Dane organizacyjne” w polu 01 wpisz „2”,
- w bloku II „Dane identyfikacyjne płatnika składek” – wpisz dane identyfikacyjne płatnika składek,
- w bloku III „Poprzednie dane identyfikacyjne osoby ubezpieczonej” – wpisz zestaw danych identyfikacyjnych ubezpieczonego podanych na zgłoszeniu do ubezpieczeń ZUS ZUA, w tym nieprawidłowy identyfikator,

- w bloku IV „Aktualne dane identyfikacyjne osoby ubezpieczonej” – wpisz zestaw prawidłowych danych identyfikacyjnych ubezpieczonego,
- w bloku V „Oświadczenie płatnika składek” – wpisz datę wypełnienia dokumentu i złóż podpis,
- w bloku VI „Oświadczenie osoby ubezpieczonej” – podpis składa ubezpieczony.

PŁATNIK WYPEŁNIA POLA W WYZNACZONYCH KRATKACH KOMPUTEROWO, NA MASZYNE LUB RĘCZNIE
DUŻYMI DRUKOWANYMI LITERAMI, CZARNYM LUB NIEBIESKIM KOLOREM.

ZAKŁAD UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH	ZUS ZUA	ZGŁOSZENIE ZMIANY DANYCH IDENTYFIKACYJNYCH OSOBY UBEZPIECZONEJ
I. DANE ORGANIZACYJNE		
01. ZGŁOSZENIE ZMIANY (wpisać - 1) / KOREKTY (wpisać - 2) DANYCH IDENTYFIKACYJNYCH OSOBY UBEZPIECZONEJ		
02. Data nadania (dd / mm / rrrr)		03. Nalepka „R”
II. DANE IDENTYFIKACYJNE PŁATNIKA SKŁADEK		
01. Numer NIP (wpisać bez kresek)		02. Numer REGON
1 2 3 4 5 6 7 8 9 0		1 1 1 1 1 1 1 1 1 1
03. Numer PESEL ¹⁾		04. Rodzaj dokumentu: jeśli dowód osobisty, wpisać 1, <input type="checkbox"/> jeśli paszport - 2 <input type="checkbox"/>
2 2 2 2 2 2 2 2 2 2		05. Seria i numer dokumentu
06. Nazwa skrócona		
07. Nazwisko		
K O W A L S K I		
08. Imię pierwsze		09. Data urodzenia (dd / mm / rrrr)
J A N		1 1 1 1 1 9 8 0
III. POPRZEDNIE DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY UBEZPIECZONEJ		
01. Numer PESEL ¹⁾		02. Numer NIP (wpisać bez kresek) ²⁾
1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1		
03. Rodzaj dokumentu (wypełnić jak pole II.04)		04. Seria i numer dokumentu
05. Nazwisko		
N O W A L		
06. Imię pierwsze		07. Data urodzenia (dd / mm / rrrr)
A N N A		1 1 1 1 1 9 7 1
IV. AKTUALNE DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY UBEZPIECZONEJ		
01. Numer PESEL ¹⁾		02.
1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1		
03. Rodzaj dokumentu (wypełnić jak pole II.04)		04. Seria i numer dokumentu
05. Nazwisko		
N O W A K		
06. Imię pierwsze		07. Data urodzenia (dd / mm / rrrr)
A N N A		1 1 1 1 1 9 7 1
V. OŚWIADCZENIE PŁATNIKA SKŁADEK		VI. OŚWIADCZENIE OSOBY UBEZPIECZONEJ
01. Data wypełnienia (dd / mm / rrrr)		
0 7 1 1 2 0 1 3		
<p>Oświadczam, że dane zawarte w formularzu są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym. Jestem świadomy(-ma) odpowiedzialności karnej za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy.</p> <p>02. Podpis płatnika lub osoby upoważnionej</p> <p style="text-align: center; font-size: 1.2em;">Jan Kowalski</p> <p>03. Pieczęćka płatnika</p>		<p>Oświadczam, że dane zawarte w formularzu są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym. Jestem świadomy(-ma) odpowiedzialności karnej za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy.</p> <p>01. Podpis osoby ubezpieczonej</p> <p style="text-align: center; font-size: 1.2em;">Anna Nowak</p>

- ➔ Jeśli w dokumencie zgłoszenia do ubezpieczeń podałeś błędne identyfikatory ubezpieczonego, np. PESEL 8-znakowy lub jak w poniższym przypadku przy braku minimum identyfikacyjnego,

PŁATNIK WYPEŁNIA POLA W WYZNACZONYCH KRATKACH KOMPUTEROWO, NA MASZYNIE 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⁾	
<input checked="" type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
03. Data nadania (dd / mm / rrrr)		04. Nalepka „R”	
II. DANE IDENTYFIKACYJNE PŁATNIKA SKŁADEK			
01. Numer NIP (wpisać bez kresek)		02. Numer REGON	
1 2 3 4 5 6 7 8 9 0		1 1 1 1 1 1 1 1 1 1	
03. Numer PESEL ²⁾		04. Rodzaj dokumentu: jeśli dowód osobisty, wpisać 1, jeśli paszport - 2	
2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2			
05. Seria i numer dokumentu			
06. Nazwa skrócona			
07. Nazwisko			
K O W A L S K I			
08. Imię pierwsze		09. Data urodzenia (dd / mm / rrrr)	
J A N		1 1 1 1 1 9 8 0	
III. DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY ZGŁASZANEJ DO UBEZPIECZEŃ			
01. Numer PESEL ²⁾		03. Rodzaj dokumentu (wypełnić jak pole II.04)	
1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1		04. Seria i numer dokumentu	
05. Nazwisko			
N O W A K			
06. Imię pierwsze		07. Data urodzenia (dd / mm / rrrr)	
A N N A		1 1 1 1 1 9 7 1	

złóż prawidłowo wypełniony dokument **w trybie zgłoszenia**, tzn. w dokumencie ZUS ZUA wpisz „X” w polu 01 bloku I „Dane organizacyjne”, a następnie wpisz prawidłowe dane w kolejnych blokach.

PŁATNIK WYPEŁNIA POLA W WYZNACZONYCH KRATKACH KOMPUTEROWO, NA MASZYNIE 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⁾	
<input checked="" type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
03. Data nadania (dd / mm / rrrr)		04. Nalepka „R”	
II. DANE IDENTYFIKACYJNE PŁATNIKA SKŁADEK			
01. Numer NIP (wpisać bez kresek)		02. Numer REGON	
1 2 3 4 5 6 7 8 9 0		1 1 1 1 1 1 1 1 1 1	
03. Numer PESEL ²⁾		04. Rodzaj dokumentu: jeśli dowód osobisty, wpisać 1, jeśli paszport - 2	
2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2			
05. Seria i numer dokumentu			
06. Nazwa skrócona			
07. Nazwisko			
K O W A L S K I			
08. Imię pierwsze		09. Data urodzenia (dd / mm / rrrr)	
J A N		1 1 1 1 1 9 8 0	
III. DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY ZGŁASZANEJ DO UBEZPIECZEŃ			
01. Numer PESEL ²⁾		03. Rodzaj dokumentu (wypełnić jak pole II.04)	
1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1		04. Seria i numer dokumentu	
05. Nazwisko			
N O W A K			
06. Imię pierwsze		07. Data urodzenia (dd / mm / rrrr)	
A N N A		1 1 1 1 1 9 7 1	

KOREKTA LUB ZMIANA DANYCH EWIDENCYJNYCH I ADRESOWYCH UBEZPIECZONEGO W DOKUMENTACH ZUS ZUA

Korekty lub zmiany danych ewidencyjnych i adresowych ubezpieczonego – zgłoszonych w blokach IV i XI–XIII formularza **ZUS ZUA** – dokonujesz, składając te dokumenty odpowiednio w trybie:

- ➔ **korekty**. Dokument zgłoszenia do ubezpieczeń w trybie korekty wypełnij, wpisując „2” w odpowiednim polu bloku I „Dane organizacyjne”, a następnie wpisz wszystkie prawidłowe dane w kolejnych blokach;

PŁATNIK WYPEŁNIA 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”	

- ➔ **zmiany**. Dokument zgłoszenia do ubezpieczeń w trybie zmiany wypełnij, wpisując „1” w odpowiednim polu bloku I „Dane organizacyjne”, a następnie wpisz wszystkie prawidłowe dane w kolejnych blokach, uwzględniając aktualne dane ubezpieczonego.

PŁATNIK WYPEŁNIA 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”	

KOREKTA KODU TYTUŁU UBEZPIECZENIA WYKAZANEGO W BLOKU V DOKUMENTU ZUS ZUA

- ➔ Jeśli w dokumencie zgłoszenia do ubezpieczeń podałeś kod tytułu ubezpieczenia **spoza słownika**, tzn. niezgodny z obowiązującym w danym okresie wykazem kodów zawartym w odpowiednim rozporządzeniu Ministra Pracy i Polityki Społecznej, złóż poprawnie wypełnione zgłoszenie do ubezpieczeń (tzn. wpisując „X” odpowiednio w polu 01 bloku I) wraz z podanym w nim prawidłowym kodem tytułu ubezpieczenia.
- ➔ Jeśli w dokumencie zgłoszenia do ubezpieczeń podałeś błędny kod tytułu ubezpieczenia **ze słownika**, tzn. zgodny z obowiązującym w danym okresie wykazem kodów zawartym w rozporządzeniu Ministra Pracy i Polityki Społecznej, musisz wyrejestrować daną osobę z ubezpieczeń z dniem zarejestrowania, tzn. od dnia objęcia ubezpieczeniami z nieprawidłowym kodem tytułu ubezpieczenia (na formularzu ZUS ZWUA), a następnie ponownie złóż zgłoszenie z prawidłowym kodem tytułu ubezpieczenia (na formularzu ZUS ZUA).



PRZYKŁAD

Zgłaszając pracownika z ustalonym prawem do emerytury do ubezpieczeń społecznych i ubezpieczenia zdrowotnego (na formularzu ZUS ZUA) od 1 listopada 2013 r., wpisałeś błędny kod tytułu ubezpieczenia. Zamiast kodu 01 10 1 0, wpisałeś kod 01 10 0 0. Oznacza to, że jesteś zobowiązany dokonać korekty przez złożenie dokumentów:

- ➔ ZUS ZWUA, którym wyrejestrujesz daną osobę, z datą 1 listopada 2013 r., podając kod tytułu ubezpieczenia 01 10 0 0,
- ➔ ZUS ZUA, którym zgłosisz daną osobę do ubezpieczeń z datą 1 listopada 2013 r., z kodem 01 10 1 0.

KOREKTA SCHEMATU PODLEGANIA UBEZPIECZENIOM (tj. ZGŁOSZENIA DO UBEZPIECZEŃ: EMERYTALNEGO, RENTOWYCH, CHOROBY, WYPADKOWEGO I ZDROWOTNEGO) PODANEGO W DOKUMENCIE ZUS ZUA ORAZ DATY POWSTANIA OBOWIĄZKU UBEZPIECZEŃ / UBEZPIECZENIA PODANEJ W DOKUMENCIE ZUS ZUA

Aby skorygować dane wykazane w blokach VI–IX formularza **ZUS ZUA**, musisz wyrejestrować daną osobę z ubezpieczeń z dniem zarejestrowania, tj. od dnia objęcia ubezpieczeniami / ubezpieczeniem z nieprawidłowymi danymi (na formularzu ZUS ZWUA), a następnie ponownie złożyć zgłoszenie z podaniem prawidłowych danych dotyczących schematu i dat podlegania poszczególnym ubezpieczeniom (odpowiednio na formularzu ZUS ZUA).



PRZYKŁAD

Zgłaszając pracownika do ubezpieczeń (na formularzu ZUS ZUA), wpisałeś błędną datę powstania obowiązku ubezpieczeń – zamiast 6 listopada 2013 r. wpisałeś 1 listopada 2013 r.

Aby skorygować tę pomyłkę, powinieneś złożyć za tego ubezpieczonego dokumenty:

- ➔ ZUS ZWUA, którym wyrejestrujesz pracownika z datą 1 listopada 2013 r.,
- ➔ ZUS ZUA, którym dokonasz prawidłowego zgłoszenia z datą 6 listopada 2013 r.



www.zus.pl

Zakład Ubezpieczeń Społecznych
ul. Szamocka 3, 5
01-748 Warszawa

Platforma Usług Elektronicznych: pue.zus.pl

Centrum Obsługi Telefonicznej ZUS:

22 560 16 00* dla tel. komórkowych i stacjonarnych

* koszt połączenia według umowy klienta z operatorem telekomunikacyjnym

Skype: [zus_centrum_obsługi_tel](https://www.skype.com/join/zus_centrum_obsługi_tel) e-mail: cot@zus.pl

Publikacja współfinansowana ze środków Unii Europejskiej
w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego



KAPITAŁ LUDZKI
NARODOWA STRATEGIA SPÓJNOŚCI



UNIA EUROPEJSKA
EUROPEJSKI
FUNDUSZ SPOŁECZNY

