

**I. DANE ORGANIZACYJNE**

01. ZGŁOSZENIE DO UBEZPIECZEŃ (jeśli TAK, wpisać X)

03. Data nadania (dd / mm / rrrr)

02. ZGŁOSZENIE ZMIANY (wpisać - 1) / KOREKTY (wpisać - 2) DANYCH OSOBY UBEZPIECZONEJ (nie dotyczy zmiany danych identyfikacyjnych)<sup>1)</sup>

04. Nalepka „R”

II. DANE IDENTYFIKACYJNE PLATNIKA SKŁADEK

**II. DANE IDENTYFIKACYJNE PLATNIKA SKŁADEK**

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 / rrrr)

III. DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY ZGŁASZANEJ DO UBEZPIECZEŃ

**III. DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY ZGŁASZANEJ DO UBEZPIECZEŃ**

01. Numer PESEL<sup>2)</sup>

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<sup>3)</sup>

**VI. DANE O OBOWIĄZKOWYCH UBEZPIECZENIACH SPOŁECZNYCH**

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

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)

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<sup>4)</sup>**

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)

**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 PŁATNIKA SKŁADEK**

01. Data wypełnienia (dd / mm / rrrr)

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

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

**XVI. ADNOTACJE ZUS**

<sup>1</sup>W przypadku zmiany danych identyfikacyjnych należy wypełnić formularz ZUS ZIUA.  
<sup>2</sup>Numer PESEL podaje się, o ile został nadany.  
<sup>3</sup>Dla określonego kodu tytułu ubezpieczenia należy wypełnić formularz ZUS ZAA..  
<sup>4</sup>Blok X. wypełnia się w celu zgłoszenia / korekty danych dotyczących okresu sprzed 1 stycznia 2009 r.



PROJEKT

**Wysokiej Jakości Staże Zawodowe  
dla Studentów  
Wydziału Mechanicznego Politechniki Lubelskiej**

Web: <http://www.wm.pollub.pl/pl/wydzial-mechaniczny/projekty>  
E-mail: [wjsz-wm@pollub.pl](mailto:wjsz-wm@pollub.pl)  
Tel: +4881 538 4236

**Instrukcja wypełnienia  
formularza ZUS - ZUA**

Osoba do ubezpieczenia powinna zostać zgłoszona w ciągu 7 dni od zaistniałego zdarzenia, czyli od daty rozpoczęcia stażu.

Stażysta wypełnia następujące części i punkty:

Część III. Dane identyfikacyjne osoby zgłaszanej do ubezpieczeń  
Proszę wypełnić punkty: 1, 5, 6 i 7.

Część IV. Dane ewidencyjne osoby zgłaszanej do ubezpieczeń  
Proszę wypełnić całość – punkty od 1 do 4.

Część V. Tytuł ubezpieczenia  
W punkcie 1 proszę wpisać kod stażu: 09 20 0 0

Część VI. Dane o obowiązkowych ubezpieczeniach społecznych  
Punkt 1 – proszę wpisać datę rozpoczęcie stażu

Część VII. Dane o obowiązkowym ubezpieczeniu zdrowotnym  
Proszę wypełnić całość: punkty 1 i 2, kody oddziałów NFZ są podane na stronie NFZ  
<http://www.nfz.gov.pl/o-nfz/identyfikatory-oddzialow-wojewodzkich-nfz/>

Część XI, XII, XIII (adres zameldowania, zamieszkania, korespondencji)  
Jeśli adres zameldowania jest taki sam jak zamieszkania i korespondencji, to należy wypełnić tylko część XI. Jeśli są to różne adresy, to należy uzupełnić odpowiednie części formularza.

Część XIV. Oświadczenie płatnika składek  
Proszę wypełnić pkt 1 – data wypełnienia formularza

Część XV. Oświadczenie osoby zgłaszanej / zgłoszonej do ubezpieczenia.  
Proszę wypełnić pkt 1 – podpis składającego formularz.



**Unia Europejska**  
Europejski Fundusz Społeczny

