

982

ROZPORZĄDZENIE MINISTRA PRACY I POLITYKI SOCJALNEJ

z dnia 4 grudnia 1998 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.

Na podstawie art. 49 ust. 2 i 4 ustawy z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych (Dz. U. Nr 137, poz. 887) zarządza się, co następuje:

§ 1. 1. Określa się wzory dokumentów:

- 1) zgłoszenie do ubezpieczeń/zgłoszenie zmiany danych osoby ubezpieczonej — o symbolu ZUS ZUA, stanowiące załącznik nr 1 do rozporządzenia,
 - 2) zgłoszenie danych o członkach rodziny, których adres zamieszkania jest zgodny z adresem zamieszkania ubezpieczonego, dla celów ubezpieczenia zdrowotnego — o symbolu ZUS ZCZA, stanowiące załącznik nr 2 do rozporządzenia,
 - 3) zgłoszenie danych o członkach rodziny, których adres zamieszkania nie jest zgodny z adresem zamieszkania ubezpieczonego, dla celów ubezpieczenia zdrowotnego — o symbolu ZUS ZCNA, stanowiące załącznik nr 3 do rozporządzenia,
 - 4) zgłoszenie do ubezpieczenia zdrowotnego/zgłoszenie zmiany danych — o symbolu ZUS ZZA stanowiące załącznik nr 4 do rozporządzenia,
 - 5) zgłoszenie zmiany danych identyfikacyjnych osoby ubezpieczonej — o symbolu ZUS ZIUA, stanowiące załącznik nr 5 do rozporządzenia,
 - 6) wyrejestrowanie z ubezpieczeń/kontynuowanie ubezpieczeń — o symbolu ZUS ZWUA, stanowiące załącznik nr 6 do rozporządzenia,
 - 7) raport imienny dla płatników uprawnionych do wypłaty świadczeń z ubezpieczenia chorobowego — o symbolu ZUS RCA, stanowiący załącznik nr 7 do rozporządzenia,
 - 8) raport imienny dla płatników nie uprawnionych do wypłaty świadczeń z ubezpieczenia chorobowego — o symbolu ZUS RNA, stanowiący załącznik nr 8 do rozporządzenia,
 - 9) raport imienny o należnych składkach na ubezpieczenie zdrowotne — o symbolu ZUS RZA, stanowiący załącznik nr 9 do rozporządzenia,
 - 10) raport imienny o wypłaconych świadczeniach i przerwach w opłacaniu składek — o symbolu ZUS RSA, stanowiący załącznik nr 10 do rozporządzenia,
 - 11) raport imienny o wypłaconych świadczeniach, przerwach w opłacaniu składek oraz informacjach niezbędnych do uznania okresów pracy za okresy pracy górniczej — o symbolu ZUS RGA, stanowiący załącznik nr 11 do rozporządzenia,
 - 12) raport miesięczny dla osoby ubezpieczonej — o symbolu ZUS RMUA, stanowiący załącznik nr 12 do rozporządzenia,
 - 13) zgłoszenie/zmiana danych płatnika składek — osoby prawnej lub jednostki organizacyjnej nie posiadającej osobowości prawnej — o symbolu ZUS ZPA, stanowiące załącznik nr 13 do rozporządzenia,
 - 14) zgłoszenie/zmiana danych płatnika składek — osoby fizycznej — o symbolu ZUS ZFA, stanowiące załącznik nr 14 do rozporządzenia,
 - 15) zgłoszenie zmiany danych identyfikacyjnych płatnika składek — o symbolu ZUS ZIPA, stanowiące załącznik nr 15 do rozporządzenia,
 - 16) wyrejestrowanie płatnika składek — o symbolu ZUS ZWPA, stanowiące załącznik nr 16 do rozporządzenia,
 - 17) informacja o numerach rachunków bankowych płatnika składek — o symbolu ZUS ZBA, stanowiąca załącznik nr 17 do rozporządzenia,
 - 18) adresy prowadzenia działalności gospodarczej przez płatnika składek — o symbolu ZUS ZAA, stanowiące załącznik nr 18 do rozporządzenia,
 - 19) deklaracja rozliczeniowa — o symbolu ZUS DRA, stanowiąca załącznik nr 19 do rozporządzenia.
2. Dla imiennych raportów miesięcznych korygujących ustala się odpowiednio te same wzory, o których mowa w ust. 1 pkt 7—12.
3. Dla deklaracji rozliczeniowej korygującej ustala się ten sam wzór, o którym mowa w ust. 1 pkt 19.

§ 2. Dokumenty, o których mowa w § 1, wypełnia się przy użyciu kodów określonych w załączniku nr 20 do rozporządzenia.

§ 3. Rozporządzenie wchodzi w życie z dniem 1 stycznia 1999 r.

Minister Pracy i Polityki Socjalnej: *L. Komotowski*

Załączniki do rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Socjalnej z dnia 4 grudnia 1998 r. (poz. 982)

Załącznik nr 1

PLATNIK WYPELNIJA TYLKO POLA JASNE W WYZNACZONYCH KRATKACH KOMPUTEROWO, NA MASZYNE LUB RĘCZNIE
DUŻYMI DRUKOWANYMI LITERAMI, CZARNYM LUB NIEBIESKIM KOLOREM PRZED WYPELNIENIEM ZAPOZNAĆ SIĘ Z OBJASNIENIAMI

ZAKŁAD UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH	ZUS ZUA	strona: 1	ZGŁOSZENIE DO UBEZPIECZEŃ / ZGŁOSZENIE ZMIANY DANYCH OSOBY UBEZPIECZONEJ
-----------------------------------	----------------	------------------	---

I. DANE ORGANIZACYJNE 01. ZGŁOSZENIE DO UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH I DO UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO ¹⁾ 02. ZGŁOSZENIE DO UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH ¹⁾ 03. ZGŁOSZENIE ZMIANY (wpisać - 1) / KOREKTY (wpisać - 2) DANYCH OSOBY UBEZPIECZONEJ (nie dotyczy zmiany danych identyfikacyjnych) ²⁾ 04. Data nadania (dd / mm / rrrr) 05. Nalepka "R"

II. DANE IDENTYFIKACYJNE PLATNIKA SKŁADEK	01. NIP (wpisać bez kresek) 03. PESEL 06. Nazwa skrócona 07. Nazwisko 08. Imię pierwsze	02. REGON INNY NUMER 04. Rodzaj dokumentu: jeśli dowód osobisty, wpisać 1, jeśli paszport - 2 05. Seria i numer dokumentu	09. Data urodzenia (dd / mm / rrrr)
--	---	--	-------------------------------------

III. DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY ZGŁASZANEJ DO UBEZPIECZENIA	01. PESEL 05. Nazwisko 06. Imię pierwsze	02. NIP (wpisać bez kresek) 03. Rodzaj dokumentu (wypełnić jak pole II.04) 04. Seria i numer dokumentu 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) 06. Czy cudzoziemiec posiada kartę czasowego pobytu wydaną w związku z udzieleniem statusu: uchodźczy? Jeśli TAK, wpisać X.	05. Czy cudzoziemiec posiada kartę stałego pobytu? Jeśli TAK, wpisać X.
--	--	---	--

V. TYTUŁ UBEZPIECZENIA	01. Kod tytułu ubezpieczenia ^{3) 4)} 02. Okres, na jaki orzeczony został stopień niepełnosprawności (dd / mm / rrrr) - (dd / mm / rrrr)
------------------------	---

VI. DANE O OBOWIĄZKOWYCH UBEZPIECZENIACH SPOŁECZNYCH	01. Wymiar czasu pracy 02. Data powstania obowiązku ubezpieczeń (dd / mm / rrrr)	Osoba zgłaszana podlega ubezpieczeniom: (wpisać X w odpowiednim polu) 03. Emerytalnemu 04. Rentowym 05. Chorobowemu 06. Wypadkowemu
---	---	--

VII. DANE O OBOWIĄZKOWYM UBEZPIECZENIU ZDROWOTNYM	01. Data powstania obowiązku ubezpieczenia (dd / mm / rrrr)
--	--

VIII. DANE O DOBROWOLNYCH UBEZPIECZENIACH SPOŁECZNYCH	Wnoszę o objęcie ubezpieczeniami: (wpisać X w odpowiednim polu) 01. Emerytalnym 02. Od dnia (dd / mm / rrrr) 03. Rentowym 04. Od dnia (dd / mm / rrrr) 05. Chorobowym 06. Od dnia (dd / mm / rrrr)
--	---

IX. DANE O DOBROWOLNYM UBEZPIECZENIU ZDROWOTNYM	01. Data rozpoczęcia ubezpieczenia ⁵⁾ (dd / mm / rrrr) 02. Kwota pierwszej składki ⁶⁾ zł Gf
--	--

X. INNE DANE O OSOBE ZGŁASZANEJ DO UBEZPIECZEŃ	01. Jestem spokrewniony(a) / spowinowacony(a) z Pracodawcą / Zleceniodawcą / Osobą prowadzącą pozarolniczą działalność. Jeśli TAK, wpisać kod pokrewieństwa / powinowactwa ³⁾ 02. Pozostaję we wspólnym gospodarstwie domowym z Pracodawcą / Zleceniodawcą / Osobą prowadzącą pozarolniczą działalność. Jeśli TAK, wpisać X. 03. Kod stopnia niezdolności do pracy ³⁾ 04. Okres, na jaki orzeczony został stopień niezdolności do pracy (dd / mm / rrrr) - (dd / mm / rrrr) 05. Kod wykonywanego zawodu ³⁾ 06. Kod stanowiska / pracy górniczej ³⁾ 07. Okres pracy górniczej 08. Kod wykształcenia ³⁾
---	--

PLATNIK WYPELNIJA TYLKO POLA JASNE W WYZNACZONYCH KRATKACH KOMPUTEROWO, NA MASZYNE LUB RĘCZNIE DUŻYMI DRUKOWANYMI LITERAMI, CZARNYM LUB NIEBIESKIM KOLOREM. PRZED WYPELNIENIEM ZAPOZNAĆ SIĘ Z OBJAŚNIENIAMI

ZAKŁAD UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH	ZUS ZUA	strona 2	ZGŁOSZENIE DO UBEZPIECZEŃ / ZGŁOSZENIE ZMIANY DANYCH OSOBY UBEZPIECZONEJ
--------------------------------	---------	----------	--

X. INNE DANE O OSOBE ZGŁASZANEJ DO UBEZPIECZEŃ c.d.
 09. Kod pracy w szczególnych warunkach / w szczególnym charakterze ³⁾ 10. Okres pracy w szczególnych warunkach / w szczególnym charakterze (dd / mm / rrr)

XI. DANE O KASIE CHORYCH
 01. Kod kasy ⁵⁾ 02. Nazwa kasy ⁷⁾ 03. Data przystąpienia do kasy (dd / mm / rrr)

XII. ADRES ZAMELDOWANIA NA STAŁE MIEJSCE POBYTU
 01. Kod pocztowy 02. Miejscowość
 03. Gmina
 04. Ulica
 05. Numer domu 06. Numer lokalu
 07. Numer telefonu 08. Numer faksu

XIII. ADRES ZAMIESZKANIA (wpisać, jeśli adres zamieszkania jest inny niż adres zameldowania na stałe miejsce pobytu)
 01. Kod pocztowy 02. Miejscowość
 03. Gmina
 04. Ulica
 05. Numer domu 06. Numer lokalu
 07. Numer telefonu 08. Numer faksu

XIV. ADRES DO KORESPONDENCJI (wpisać, jeśli adres do korespondencji jest inny niż adres zameldowania na stałe miejsce pobytu i adres zamieszkania)
 01. Kod pocztowy 02. Miejscowość
 03. Ulica
 04. Numer domu 05. Numer lokalu
 06. Skrytka pocztowa 07. Numer telefonu 08. Numer faksu
 09. Adres poczty elektronicznej

XV. OŚWIADCZENIE PLATNIKA SKŁADEK
 01. Data wypełnienia (dd / mm / rrr)

Oświadczam, że dane zawarte w formularzu są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym. Jestem świadomy(a) odpowiedzialności karnej za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy.

02. Podpis płatnika lub osoby upoważnionej

03. Pieczętka płatnika

XVI. OŚWIADCZENIE OSOBY ZGŁASZANEJ / ZGŁOSZONEJ DO UBEZPIECZENIA

Oświadczam, że dane zawarte w formularzu są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym. Jestem świadomy(a) odpowiedzialności karnej za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy.

01. Podpis osoby zgłaszanej / zgłoszonej do ubezpieczenia

XVII. ADNOTACJE ZUS
 1) Wpisać X w odpowiednim polu.
 2) W przypadku zmiany danych identyfikacyjnych należy wypełnić formularz ZUS ZIUA.
 3) Wpisać odpowiedni kod podany w instrukcji.
 4) Dla określonego kodu tytułu ubezpieczenia należy wypełnić formularz ZUS ZBA.
 5) Data wynikająca z umowy zawartej przez osobę zgłaszającą z kasą chorych.
 6) Kwota wynikająca z umowy zawartej przez osobę zgłaszającą z kasą chorych.
 7) Wpisać nazwę kasy chorych zgodnie z instrukcją.

PLATNIK WYPELNIJA TYLKO POLA JASNE W WYZNACZONYCH KRATKACH KOMPUTEROWO, NA MASZYNE LUB RĘCZNIE DUŻYMI DRUKOWANYMI LITERAMI, CZARNYM LUB NIEBIESKIM KOLOREM, PRZED WYPELNIENIEM ZAPOZNAĆ SIĘ Z OBJAŚNIENIAMI

ZAKŁAD UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH	ZUS ZCZA	strona 1	ZGŁOSZENIE DANYCH O CZŁONKACH RODZINY, KTÓRYCH ADRES ZAMIESZKANIA JEST ZGODNY Z ADRESEM ZAMIESZKANIA UBEZPIECZONEGO, DLA CELÓW UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO
--------------------------------	----------	----------	--

I. DANE ORGANIZACYJNE

01. Data nadania (dd / mm / rrrr)	02. Nalepka "R"
-----------------------------------	-----------------

II. DANE IDENTYFIKACYJNE PLATNIKA SKŁADEK

01. NIP (wpisać bez kresek)	02. REGON
03. PESEL	INNY NUMER
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)

II. DANE IDENTYFIKACYJNE PLATNIKA SKŁADEK

III. DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY UBEZPIECZONEJ

01. PESEL	02. NIP (wpisać bez kresek)	03. Rodzaj dokumentu (wypełnić jak pole II.04)	04. Seria i numer dokumentu
05. Nazwisko			
06. Imię pierwsze		07. Data urodzenia (dd / mm / rrrr)	

III. DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY UBEZPIECZONEJ

IV. DANE O CZŁONKU RODZINY OSOBY UBEZPIECZONEJ UPRAWNIONYM DO ŚWIADCZEŃ Z UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO

01. Zgłoszenie nowego członka rodziny (wpisać - 1) / wyrejestrowanie członka rodziny (wpisać - 2)	02. Data uzyskania / utraty uprawnień do ubezpieczenia zdrowotnego przez członka rodziny (dd / mm / rrrr)		
03. PESEL	04. NIP (wpisać bez kresek)	05. Rodzaj dokumentu (wypełnić jak pole II.04)	06. Seria i numer dokumentu
07. Nazwisko			
08. Imię pierwsze		09. Data urodzenia (dd / mm / rrrr)	
10. Kod stopnia pokrewieństwa / powinowactwa ¹⁾	11. Czy pozostaje na wyłącznym utrzymaniu osoby ubezpieczonej. Jeśli TAK, wpisać X.		
12. Czy pozostaje we wspólnym gospodarstwie domowym z osobą ubezpieczoną? Jeśli TAK, wpisać X.	13. Kod stopnia niepełnosprawności ¹⁾		

IV. DANE O CZŁONKU RODZINY OSOBY UBEZPIECZONEJ

V. DANE O CZŁONKU RODZINY OSOBY UBEZPIECZONEJ UPRAWNIONYM DO ŚWIADCZEŃ Z UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO

01. Zgłoszenie nowego członka rodziny (wpisać - 1) / wyrejestrowanie członka rodziny (wpisać - 2)	02. Data uzyskania / utraty uprawnień do ubezpieczenia zdrowotnego przez członka rodziny (dd / mm / rrrr)		
03. PESEL	04. NIP (wpisać bez kresek)	05. Rodzaj dokumentu (wypełnić jak pole II.04)	06. Seria i numer dokumentu
07. Nazwisko			
08. Imię pierwsze		09. Data urodzenia (dd / mm / rrrr)	
10. Kod stopnia pokrewieństwa / powinowactwa ¹⁾	11. Czy pozostaje na wyłącznym utrzymaniu osoby ubezpieczonej. Jeśli TAK, wpisać X.		
12. Czy pozostaje we wspólnym gospodarstwie domowym z osobą ubezpieczoną? Jeśli TAK, wpisać X.	13. Kod stopnia niepełnosprawności ¹⁾		

V. DANE O CZŁONKU RODZINY OSOBY UBEZPIECZONEJ

PLATNIK WYPEŁNIA TYLKO POLA JASNE W WYZNACZONYCH KRATKACH KOMPUTEROWO, NA MASZYNE LUB RĘCZNIE
DUŻYMI DRUKOWANYMI LITERAMI, CZARNYM LUB NIEBIESKIM KOLOREM. PRZED WYPEŁNIENIEM ZAPOZNAĆ SIĘ Z OBJAŚNIENIAMI

ZAKŁAD UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH	ZUS ZCZA	strona 2	ZGŁOSZENIE DANYCH O CZŁONKACH RODZINY, KTÓRYCH ADRES ZAMIESZKANIA JEST ZGODNY Z ADRESEM ZAMIESZKANIA UBEZPIECZONEGO, DLA CELÓW UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO
--------------------------------	-----------------	-----------------	---

VI. DANE O CZŁONKU RODZINY OSOBY UBEZPIECZONEJ

VI. DANE O CZŁONKU RODZINY OSOBY UBEZPIECZONEJ UPRAWNIONYM DO ŚWIADCZEŃ Z UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO

01. Zgłoszenie nowego członka rodziny (wpisać - 1) / wyrejestrowanie członka rodziny (wpisać - 2)

02. Data uzyskania / utraty uprawnień do ubezpieczenia zdrowotnego przez członka rodziny (dd / mm / rrrr)

03. PESEL

04. NIP (wpisać bez kresek)

05. Rodzaj dokumentu (wypełnić jak pole II.04)

06. Seria i numer dokumentu

07. Nazwisko

08. Imię pierwsze

09. Data urodzenia (dd / mm / rrrr)

10. Kod stopnia pokrewieństwa / powinowactwa

11. Czy pozostaje na wyłącznym utrzymaniu osoby ubezpieczonej. Jeśli TAK, wpisać X.

12. Czy pozostaje we wspólnym gospodarstwie domowym z osobą ubezpieczoną? Jeśli TAK, wpisać X.

13. Kod stopnia niepełnosprawności ¹⁾

VII. DANE O CZŁONKU RODZINY OSOBY UBEZPIECZONEJ

VII. DANE O CZŁONKU RODZINY OSOBY UBEZPIECZONEJ UPRAWNIONYM DO ŚWIADCZEŃ Z UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO

01. Zgłoszenie nowego członka rodziny (wpisać - 1) / wyrejestrowanie członka rodziny (wpisać - 2)

02. Data uzyskania / utraty uprawnień do ubezpieczenia zdrowotnego przez członka rodziny (dd / mm / rrrr)

03. PESEL

04. NIP (wpisać bez kresek)

05. Rodzaj dokumentu (wypełnić jak pole II.04)

06. Seria i numer dokumentu

07. Nazwisko

08. Imię pierwsze

09. Data urodzenia (dd / mm / rrrr)

10. Kod stopnia pokrewieństwa / powinowactwa

11. Czy pozostaje na wyłącznym utrzymaniu osoby ubezpieczonej. Jeśli TAK, wpisać X.

12. Czy pozostaje we wspólnym gospodarstwie domowym z osobą ubezpieczoną? Jeśli TAK, wpisać X.

13. Kod stopnia niepełnosprawności ¹⁾

VIII. OŚWIADCZENIE PLATNIKA SKŁADEK

01. Data wypełnienia (dd / mm / rrrr)

Oświadczam, że dane zawarte w formularzu są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym. Jestem świadomy(a) odpowiedzialności karnej za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy.

02. Podpis płatnika lub osoby upoważnionej

03. Pieczęćka płatnika

IX. OŚWIADCZENIE OSOBY UBEZPIECZONEJ

Oświadczam, że dane zawarte w formularzu są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym. Jestem świadomy(a) odpowiedzialności karnej za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy.

01. Podpis osoby ubezpieczonej

X. ADNOTACJE ZUS

1) Wpisać odpowiedni kod podany w instrukcji.

PLATNIK WYPEŁNIA TYLKO POLA JASNE W WYZNACZONYCH KRATKACH KOMPUTEROWO, NA MASZYNIE LUB RĘCZNIE
DUŻYMI DRUKOWANYMI LITERAMI, CZARNYM LUB NIEBIESKIM KOLOREM, PRZED WYPEŁNIENIEM ZAPOZNAĆ SIĘ Z OBJAŚNIENIAMI

ZAKŁAD UBEZPIECZEN SPOŁECZNYCH	ZUS ZCNA	strona: 1	ZGŁOSZENIE DANYCH O CZŁONKACH RODZINY, KTÓRYCH ADRES ZAMIESZKANIA NIE JEST ZGODNY Z ADRESEM ZAMIESZKANIA UBEZPIECZONEGO, DLA CELÓW UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO
-----------------------------------	----------	-----------	---

I. DANE ORGANIZACYJNE

01. Data nadania (dd / mm / rrrr) 02. Nalepka "R"

II. DANE IDENTYFIKACYJNE PŁATNIKA SKŁADEK

01. NIP (wpisać bez kresek) 02. REGON
03. PESEL INNY NUMER 04. Rodzaj dokumentu: 05. Seria i numer dokumentu
jeśli dowód osobisty, wpisać 1,
jeśli paszport - 2
06. Nazwa skrócona
07. Nazwisko
08. Imię pierwsze 09. Data urodzenia (dd / mm / rrrr)

III. DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY UBEZPIECZONEJ

01. PESEL 02. NIP (wpisać bez kresek) 03. Rodzaj dokumentu 04. Seria i numer dokumentu
(wypełnić jak pole II.04)
05. Nazwisko
06. Imię pierwsze 07. Data urodzenia (dd / mm / rrrr)

IV. A. DANE O CZŁONKU RODZINY OSOBY UBEZPIECZONEJ UPRAWNIONYM DO ŚWIADCZEŃ Z UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO

01. Zgłoszenie nowego członka rodziny (wpisać - 1) /
wyrejestrowanie członka rodziny (wpisać - 2) 02. Data uzyskania / utraty uprawnień do ubezpieczenia
zdrowotnego przez członka rodziny (dd / mm / rrrr)
03. PESEL 04. NIP (wpisać bez kresek) 05. Rodzaj dokumentu 06. Seria i numer dokumentu
(wypełnić jak pole II.04)
07. Nazwisko 09. Data urodzenia (dd / mm / rrrr)
08. Imię pierwsze
10. Kod stopnia pokrewieństwa / powinowactwa ¹⁾ 11. Czy pozostaje na wyłącznym utrzymaniu osoby
ubezpieczonej. Jeśli TAK, wpisać X.
12. Czy pozostaje we wspólnym gospodarstwie 13. Kod stopnia niepełnosprawności ¹⁾
domowym z osobą ubezpieczoną? Jeśli TAK, wpisać X.

IV. B. ADRES ZAMIESZKANIA (wpisać, jeśli adres zamieszkania jest inny niż adres ubezpieczonego)

01. Kod pocztowy 02. Miejscowość
03. Gmina
04. Ulica
05. Numer domu 06. Numer lokalu
07. Numer telefonu 08. Numer faksu

II. DANE IDENTYFIKACYJNE
PŁATNIKA SKŁADEKIII. DANE
IDENTYFIKACYJNE
OSOBY UBEZPIECZONEJIV. DANE O CZŁONKU RODZINY OSOBY UBEZPIECZONEJ
UPRAWNIONYM DO ŚWIADCZEŃ Z UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO

PLATNIK WYPELNIJA TYLKO POLA JASNE W WYZNACZONYCH KRATKACH KOMPUTEROWO, NA MASZYNE LUB RĘCZNIE
DUŻYMI DRUKOWANYMI LITERAMI, CZARNYM LUB NIEBIESKIM KOLOREM. PRZED WYPELNIENIEM ZAPOZNAĆ SIĘ Z OBJAŚNIENIAMI

ZAKŁAD UBEZPIECZENIA SPOŁECZNYCH	ZUS ZCNA	strona: 2	ZGŁOSZENIE DANYCH O CZŁONKACH RODZINY, KTÓRYCH ADRES ZAMIESZKANIA NIE JEST ZGODNY Z ADRESEM ZAMIESZKANIA UBEZPIECZONEGO, DLA CELÓW UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO
----------------------------------	----------	-----------	--

V. A. DANE O CZŁONKU RODZINY OSOBY UBEZPIECZONEJ UPRAWNIONYM DO ŚWIADCZEŃ Z UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO

01. Zgłoszenie nowego członka rodziny (wpisać - 1) / wyrejestrowanie członka rodziny (wpisać - 2)	02. Data uzyskania / utraty uprawnień do ubezpieczenia zdrowotnego przez członka rodziny (dd / mm / rrr)
03. PESEL	04. NIP (wpisać bez kresek)
05. Rodzaj dokumentu (wypełnić jak pole II.04)	06. Seria i numer dokumentu
07. Nazwisko	09. Data urodzenia (dd / mm / rrrr)
08. Imię pierwsze	11. Czy pozostaje na wyłącznym utrzymaniu osoby ubezpieczonej. Jeśli TAK, wpisać X.
10. Kod stopnia pokrewieństwa / powinowactwa	13. Kod stopnia niepełnosprawności ¹⁾
12. Czy pozostaje we wspólnym gospodarstwie domowym z osobą ubezpieczoną? Jeśli TAK, wpisać X.	

V. B. ADRES ZAMIESZKANIA (wpisać, jeśli adres zamieszkania jest inny niż adres ubezpieczonego)

01. Kod pocztowy	02. Miejscowość
03. Gmina	
04. Ulica	
05. Numer domu	06. Numer lokalu
07. Numer telefonu	08. Numer faksu

VI. OŚWIADCZENIE PLATNIKA SKŁADEK

01. Data wypełnienia (dd / mm / rrrr)

Oświadczam, że dane zawarte w formularzu są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym. Jestem świadomy(a) odpowiedzialności karnej za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy.

02. Podpis płatnika lub osoby upoważnionej

03. Pieczęćka płatnika

VII. OŚWIADCZENIE OSOBY UBEZPIECZONEJ

Oświadczam, że dane zawarte w formularzu są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym. Jestem świadomy(a) odpowiedzialności karnej za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy.

01. Podpis osoby ubezpieczonej

VIII. ADNOTACJE ZUS

1) Wpisać odpowiedni kod podany w instrukcji.

PLATNIK WYPEŁNIA TYLKO POLA JASNE W WYZNACZONYCH KRATKACH KOMPUTEROWO, NA MASZYNE LUB RĘCZNIE
DUŻYMI DRUKOWANYMI LITERAMI, CZARNYM LUB NIEBIESKIM KOLOREM. PRZED WYPEŁNIENIEM ZAOPZNAĆ SIĘ Z OBJAŚNIENIAMI

ZAKŁAD UBEZPIECZEN SPOŁECZNYCH	ZUS ZZA	strona: 1	ZGŁOSZENIE DO UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO / ZGŁOSZENIE ZMIANY DANYCH
-----------------------------------	---------	-----------	---

I. DANE ORGANIZACYJNE

01. ZGŁOSZENIE DO UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO ¹⁾	02. ZGŁOSZENIE ZMIANY (wpisać - 1) / KOREKTY (wpisać - 2) DANYCH ²⁾
03. Data nadania (dd / mm / rrrr)	04. Nalepka "R"

II. DANE IDENTYFIKACYJNE PLATNIKA SKŁADEK

01. NIP (wpisać bez kresek)	02. REGON
03. PESEL	04. Rodzaj dokumentu: jeśli dowód osobisty, wpisać 1, jeśli paszport - 2
06. Nazwa skrócona	05. Seria i numer dokumentu
07. Nazwisko	
08. Imię pierwsze	09. Data urodzenia (dd / mm / rrrr)

II. DANE IDENTYFIKACYJNE PLATNIKA SKŁADEK

III. DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY ZGŁASZANEJ DO UBEZPIECZENIA

01. PESEL	02. NIP (wpisać bez kresek)	03. Rodzaj dokumentu (wypełnić jak pole II.04)	04. Seria i numer dokumentu
05. Nazwisko			
06. Imię pierwsze		07. Data urodzenia (dd / mm / rrrr)	

III. DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY ZGŁASZANEJ DO UBEZPIECZENIA

IV. DANE EWIDENCYJNE OSOBY ZGŁASZANEJ DO UBEZPIECZENIA

01. Imię drugie	
02. Nazwisko rodowe	
03. Obywatelstwo	04. Płeć (wpisać: K - kobieta, M - mężczyzna)
05. Czy cudzoziemiec posiada kartę stałego pobytu? Jeśli TAK, wpisać X.	06. Czy cudzoziemiec posiada kartę czasowego pobytu wydaną w związku z udzieleniem statusu uchodźcy? Jeśli TAK, wpisać X.

V. TYTUŁ UBEZPIECZENIA

01. Kod tytułu ubezpieczenia ^{3) 4)}

VI. DANE O OBOWIĄZKOWYM UBEZPIECZENIU ZDROWOTNYM

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

VII. DANE O DOBROWOLNYM UBEZPIECZENIU ZDROWOTNYM

01. Data rozpoczęcia ubezpieczenia ⁵⁾ (dd / mm / rrrr)	02. Kwota pierwszej składki ⁶⁾
---	---

VIII. DANE O KASIE CHORYCH

01. Kod kasy ³⁾	02. Nazwa kasy ⁷⁾	03. Data przystąpienia do kasy (dd / mm / rrrr)
----------------------------	------------------------------	---

IX. ADRES ZAMELDOWANIA NA STAŁE MIEJSCE POBYTU

01. Kod pocztowy	02. Miejscowość
03. Gmina	
04. Ulica	
05. Numer domu	06. Numer lokalu
07. Numer telefonu	08. Numer faksu

PLATNIK WYPELNIJA TYLKO POLA JASNE W WYZNACZONYCH KRATKACH KOMPUTEROWO, NA MASZYNE LUB RĘCZNIE
DUŻYMI DRUKOWANYMI LITERAMI, CZARNYM LUB NIEBISKIM KOLOREM. PRZED WYPELNIENIEM ZAPOZNAĆ SIĘ Z OBJAŚNIENIAMI

ZAKŁAD UBEZPIECZEN SPOŁECZNYCH	ZUS ZZA	strona: 2	ZGŁOSZENIE DO UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO / ZGŁOSZENIE ZMIANY DANYCH
-----------------------------------	---------	-----------	---

X. ADRES ZAMIESZKANIA (wpisać, jeśli adres zamieszkania jest inny niż adres zameldowania na stałe miejsce pobytu)

01. Kod pocztowy	02. Miejscowość
03. Gmina	
04. Ulica	
05. Numer domu	06. Numer lokalu
07. Numer telefonu	08. Numer faksu

XI. ADRES DO KORESPONDENCJI (wpisać, jeśli adres do korespondencji jest inny niż adres zameldowania na stałe miejsce pobytu i adres zamieszkania)

01. Kod pocztowy	02. Miejscowość	
03. Ulica		
04. Numer domu	05. Numer lokalu	
06. Skrytka pocztowa	07. Numer telefonu	08. Numer faksu
09. Adres poczty elektronicznej		

XII. OŚWIADCZENIE PLATNIKA SKŁADEK

01. Data wypełnienia (dd / mm / rrrr)

--

Oświadczam, że dane zawarte w formularzu są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym. Jestem świadomy(a) odpowiedzialności karnej za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy.

02. Podpis płatnika lub osoby upoważnionej

03. Pieczętka płatnika

XIII. OŚWIADCZENIE OSOBY ZGŁASZANEJ / ZGŁOSZONEJ DO UBEZPIECZENIA

Oświadczam, że dane zawarte w formularzu są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym. Jestem świadomy(a) odpowiedzialności karnej za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy.

01. Podpis osoby zgłaszanej / zgłoszonej do ubezpieczenia

XIV. ADNOTACJE ZUS

- | | |
|--|--|
| 1) Wpisać X w odpowiednim polu. | 5) Data wynikająca z umowy zawartej przez osobę zgłaszającą z kasą chorych. |
| 2) W przypadku zmiany danych identyfikacyjnych należy wypełnić formularz ZUS ZIUA. | 6) Kwota wynikająca z umowy zawartej przez osobę zgłaszającą z kasą chorych. |
| 3) Wpisać odpowiedni kod podany w instrukcji. | 7) Wpisać nazwę kasy chorych zgodnie z instrukcją. |
| 4) Dla określonego kodu tytułu ubezpieczenia należy wypełnić formularz ZUS ZBA. | |

PLATNIK WYPEŁNIA TYLKO POLA JASNE W WYZNACZONYCH KRATKACH KOMPUTEROWO, NA MASZYNIE LUB RĘCZNIE DUŻYMI DRUKOWANYMI LITERAMI, CZARNYM LUB NIEBIESKIM KOLOREM, PRZED WYPEŁNIENIEM ZAPOZNAĆ SIĘ Z OBJAŚNIENIAMI

ZAKŁAD UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH **ZUS ZIUA** 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. NIP (wpisać bez kresek)

02. REGON

03. PESEL

INNY NUMER

05. Seria i numer dokumentu

06. Nazwa, skrócona

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

07. Nazwisko

08. Imię pierwsze

09. Data urodzenia (dd / mm / rrrr)

II. DANE IDENTYFIKACYJNE PŁATNIKA SKŁADEK

III. POPRZEDNIE DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY UBEZPIECZONEJ

01. PESEL

02. NIP (wpisać bez kresek)

03. Rodzaj dokumentu

(wypełnić jak pole II.04) 04. Seria i numer dokumentu

05. Nazwisko

06. Imię pierwsze

07. Data urodzenia (dd / mm / rrrr)

III. POPRZEDNIE DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY UBEZPIECZONEJ

IV. AKTUALNE DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY UBEZPIECZONEJ

01. PESEL

02. NIP (wpisać bez kresek)

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. AKTUALNE DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY UBEZPIECZONEJ

V. OŚWIADCZENIE PŁATNIKA SKŁADEK

01. Data wypełnienia (dd / mm / rrrr)

VI. OŚWIADCZENIE OSOBY UBEZPIECZONEJ

Oświadczam, że dane zawarte w formularzu są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym. Jestem świadomy(a) odpowiedzialności karnej za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy.

Oświadczam, że dane zawarte w formularzu są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym. Jestem świadomy(a) odpowiedzialności karnej za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy.

02. Podpis płatnika lub osoby upoważnionej

01. Podpis osoby ubezpieczonej

03. Pieczętka płatnika

VII. ADNOTACJE ZUS

PLATNIK WYPELNIJA TYLKO POLA JASNE W WYZNACZONYCH KRATKACH KOMPUTEROWO, NA MASZYNE LUB RECZNIE
DUŻYMI DRUKOWANYMI LITERAMI, CZARNYM LUB NIEBIESKIM KOLOREM. PRZED WYPELNIENIEM ZAPOZNAĆ SIĘ Z OBJASNIENIAMI

ZAKŁAD UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH **ZUS ZWUA** WYREJESTROWANIE Z UBEZPIECZEŃ / KONTYNUOWANIE UBEZPIECZEŃ

I. DANE ORGANIZACYJNE
 01. WYREJESTROWANIE Z UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH I UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO¹⁾ 02. WYREJESTROWANIE Z UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH¹⁾ 03. WYREJESTROWANIE Z UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO¹⁾ 04. ZGŁOSZENIE KOREKTY DANYCH O WYREJESTROWANIU Z UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH / UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO¹⁾

05. Data nadania (dd / mm / rrrr) 06. Nalepka "R"

II. DANE IDENTYFIKACYJNE PLATNIKA SKŁADEK

01. NIP (wpisać bez kresek) 02. REGON
 03. PESEL INNY NUMER 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 WYREJESTROWYWANEJ Z UBEZPIECZEŃ

01. PESEL 02. NIP (wpisać bez kresek) 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. WYREJESTROWANIE Z UBEZPIECZEŃ

01. Kod tytułu ubezpieczenia ²⁾	Rodzaje ubezpieczeń (wpisać X w odpowiednim polu)	Od dnia (dd / mm / rrrr)	Kod przyczyny wyrejestrowania ²⁾
	02. Emerytalne	03.	04.
	05. Rentowe	06.	07.
	08. Chorobowe	09.	10.
	11. Wypadkowe	12.	13.
	14. Zdrowotne	15.	16.

V. WNIOSEK O KONTYNUOWANIE UBEZPIECZEŃ

01. Kod tytułu ubezpieczenia²⁾ 02. Data, od której osoba zainteresowana zamierza kontynuować ubezpieczenia emerytalne i rentowe (dd / mm / rrrr)

VI. OŚWIADCZENIE PLATNIKA SKŁADEK VII. OŚWIADCZENIE OSOBY WYREJESTROWYWANEJ Z UBEZPIECZEŃ / KONTYNUUJĄCEJ UBEZPIECZENIA

01. Data wypełnienia (dd / mm / rrrr)
Oświadczam, że dane zawarte w formularzu są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym. Jestem świadomy(a) odpowiedzialności karnej za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy.
Oświadczam, że dane zawarte w formularzu są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym. Jestem świadomy(a) odpowiedzialności karnej za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy.

02. Podpis płatnika lub osoby upoważnionej

03. Pieczęćka płatnika

01. Podpis osoby wyrejestrowywanej z ubezpieczeń / kontynuującej ubezpieczenia

VIII. ADNOTACJE ZUS
 1) Wpisać X w odpowiednim polu.
 2) Wpisać odpowiedni kod podany w instrukcji.

PLATNIK WYPELNIJA TYLKO POLA JASNE W WYZNACZONYCH KRATKACH KOMPUTEROWO, NA MASZYNE LUB RĘCZNIE
DUŻYMI DRUKOWANYMI LITERAMI, CZARNYM LUB NIEBIESKIM KOLOREM. PRZED WYPELNIENIEM ZAPOZNAĆ SIĘ Z OBJAŚNIENIAMI

ZAKŁAD UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH	ZUS RCA	strona 1	RAPORT IMIENNY DLA PLATNIKÓW UPRAWNIONYCH DO WYPŁATY ŚWIADCZEŃ Z UBEZPIECZENIA CHOROBY
-----------------------------------	----------------	-----------------	---

I. DANE ORGANIZACYJNE

01. Identyfikator raportu (numer / mm / rrrr) 02. Numer kartki raportu RCA

II. DANE IDENTYFIKACYJNE PLATNIKA SKŁADEK

01. NIP (wpisać bez kresek) 02. REGON

03. PESEL INNY NUMER 04. Rodzaj dokumentu: 05. Seria i numer dokumentu
jeśli dowód osobisty, wpisać 1,
jeśli paszport - 2

06. Nazwa skrócona

07. Nazwisko

08. Imię pierwsze 09. Data urodzenia (dd / mm / rrrr)

III. A. DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY UBEZPIECZONEJ

01. Nazwisko

02. Imię pierwsze 03. Typ¹⁾ 04. Identyfikator

III. B. ZESTAWIENIE NALEŻNYCH SKŁADEK NA UBEZPIECZENIA SPOŁECZNE I UBEZPIECZENIE ZDROWOTNE

01. Kod tytułu ubezpieczenia¹⁾ 02. Informacja o przekroczeniu rocznej podstawy wymiaru składek na ubezpieczenia emerytalne i rentowe ¹⁾ 03. Wymiar czasu pracy

UBEZPIECZENIE	EMERYTALNE	RENTOWE	CHOROBY I WYPADKOWE	ZDROWOTNE
04. PODSTAWA WYMIARU SKŁADKI	<input type="text"/>	<input type="text"/>	05. <input type="text"/>	06. <input type="text"/>
KWOTA SKŁADKI FINANSOWANA PRZEZ:	07. Ubezpieczonego <input type="text"/>	08. Ubezpieczonego <input type="text"/>	09. Ubezpieczenie chorobowe <input type="text"/>	10. Ubezpieczenie zdrowotne <input type="text"/>
11. Platnika <input type="text"/>	12. Platnika <input type="text"/>	13. Ubezpieczenie wypadkowe <input type="text"/>	14. Kwota obniżenia podstawy wymiaru składek na ubezpieczenia społeczne z tytułu opłacania składek w ramach pracowniczego programu emerytalnego <input type="text"/>	15. Łączna kwota składek (suma od p.07 do p.13) <input type="text"/>

III. C. ZESTAWIENIE WYPŁACONYCH ŚWIADCZEŃ FINANSOWANYCH Z BUDŻETU PAŃSTWA

01. Liczba osób, na które wypłacany jest zasiłek rodzinny 02. Kwota wypłaconego zasiłku rodzinnego

03. Kwota wypłaconego zasiłku wychowawczego

04. Liczba osób, na które wypłacany jest zasiłek pielęgnacyjny 05. Kwota wypłaconego zasiłku pielęgnacyjnego

06. Łączna kwota wypłaconych zasiłków (p.02 + p.03 + p.05)

IV. A. DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY UBEZPIECZONEJ

01. Nazwisko

02. Imię pierwsze 03. Typ¹⁾ 04. Identyfikator

IV. B. ZESTAWIENIE NALEŻNYCH SKŁADEK NA UBEZPIECZENIA SPOŁECZNE I UBEZPIECZENIE ZDROWOTNE

01. Kod tytułu ubezpieczenia¹⁾ 02. Informacja o przekroczeniu rocznej podstawy wymiaru składek na ubezpieczenia emerytalne i rentowe ¹⁾ 03. Wymiar czasu pracy

UBEZPIECZENIE	EMERYTALNE	RENTOWE	CHOROBY I WYPADKOWE	ZDROWOTNE
04. PODSTAWA WYMIARU SKŁADKI	<input type="text"/>	<input type="text"/>	05. <input type="text"/>	06. <input type="text"/>
KWOTA SKŁADKI FINANSOWANA PRZEZ:	07. Ubezpieczonego <input type="text"/>	08. Ubezpieczonego <input type="text"/>	09. Ubezpieczenie chorobowe <input type="text"/>	10. Ubezpieczenie zdrowotne <input type="text"/>
11. Platnika <input type="text"/>	12. Platnika <input type="text"/>	13. Ubezpieczenie wypadkowe <input type="text"/>	14. Kwota obniżenia podstawy wymiaru składek na ubezpieczenia społeczne z tytułu opłacania składek w ramach pracowniczego programu emerytalnego <input type="text"/>	15. Łączna kwota składek (suma od p.07 do p.13) <input type="text"/>

IV. C. ZESTAWIENIE WYPŁACONYCH ŚWIADCZEŃ FINANSOWANYCH Z BUDŻETU PAŃSTWA

01. Liczba osób, na które wypłacany jest zasiłek rodzinny 02. Kwota wypłaconego zasiłku rodzinnego

03. Kwota wypłaconego zasiłku wychowawczego

04. Liczba osób, na które wypłacany jest zasiłek pielęgnacyjny 05. Kwota wypłaconego zasiłku pielęgnacyjnego

06. Łączna kwota wypłaconych zasiłków (p.02 + p.03 + p.05)

03. Suma kwot na stronie (p. III.B.15 + p. III.C.06 + p. IV.B.15 + p. IV.C.06)