

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 / rrr)

03. Nalepka "R"

II. DANE IDENTYFIKACYJNE PŁATNIKA 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 / rrr)

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

08. Imię pierwsze

07. Data urodzenia (dd / mm / rrr)

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 / rrr)

V. OŚWIADCZENIE PŁATNIKA SKŁADEK

01. Data wypełnienia (dd / mm / rrr)

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.

02. Podpis płatnika lub osoby upoważnionej

03. Pieczęćka płatnika

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

VII. ADNOTACJE ZUS