

SZKOLA DOKTORSKA

PLATNIK 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)

03. Data nadania (dd / mm / rrrr)

☐ 02. ZGŁOSZENIE ZMIANY (wpisać - 1) / KOREKTY (wpisać - 2)
DANYCH OSOBY UBEZPIECZONEJ
(nie dotyczy zmiany danych identyfikacyjnych¹⁾)

04. Nalepka „R”

II. DANE IDENTYFIKACYJNE PLATNIKA SKŁADEK

01. Numer NIP (wpisać bez kresek)

03. Numer PESEL²⁾

06. Nazwa skrócona

07. Nazwisko

08. Imię pierwsze

02. Numer REGON

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 UBEZPIECZEŃ

01. Numer PESEL²⁾

05. Nazwisko

06. Imię pierwsze

02.

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)

V. TYTUŁ UBEZPIECZENIA

01. Kod tytułu ubezpieczenia³⁾

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 ☒

03. Rentowym ☒

04. Chorobowemu ☐

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 ☐

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 UBEZPIECZEŃ

01. Kod wykonywanego
zawodu⁴⁾

02. Kod pracy w szczególnych
warunkach / w szczególnym charakterze⁵⁾

03. Okres pracy w szczególnych warunkach / w szczególnym charakterze⁵⁾
(dd / mm / rrrr) - (dd / mm / rrrr)

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

00-123

WARSZAWA

03. Gmina / Dzielnica

0CHOTA

04. Ulica

DUŻA

05. Numer domu

06. Numer lokalu

5

13

07. Numer telefonu

08. Symbol państwa - zagraniczny kod pocztowy (wypełnić w przypadku, gdy adres jest inny niż polski)

501000321

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

01. Kod pocztowy

02. Miejscowość

01-150

WARSZAWA

03. Gmina / Dzielnica

WOLA

04. Ulica

ROLNA

05. Numer domu

06. Numer lokalu

3

4

07. Numer telefonu

08. Symbol państwa - zagraniczny kod pocztowy (wypełnić w przypadku, gdy adres jest inny niż polski)

501000321

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

00-123

WARSZAWA

03. Ulica

DUŻA

04. Numer domu

05. Numer lokalu

5

13

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)

01.10.2022

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 składek lub osoby upoważnionej

03. Pieczęć płatnika składek

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

Alicja Kowalska

XVI. ADNOTACJE ZUS

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

²⁾ Numer PESEL podaje się, o ile został nadany.

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

⁴⁾ Należy wpisać, kod wykonywanego zawodu. Kod zawodu stanowi sześciocyfrowy numer określony w załączniku do rozporządzenia w sprawie klasyfikacji zawodów i specjalności na potrzeby rynku pracy oraz zakresu jej stosowania.

⁵⁾ Pola te wypełnia się w celu zgłoszenia / korekty danych dotyczących okresu sprzed dnia 1 stycznia 2009 r.

.....
Imię i nazwisko

.....
Data urodzenia

.....
Szkola Doktorska

OŚWIADCZENIE / POUCZENIE

POUCZENIE

Ubezpieczenie zdrowotne dla doktorantów Szkół Doktorskich przysługuje tylko i wyłącznie osobom, które nie są zgłoszone do ubezpieczenia zdrowotnego z innego tytułu.

- Osoby, które nie ukończyły 26 roku życia powinny być zgłoszone do ubezpieczenia z tytułu bycia członkiem rodziny przez swoich rodziców, opiekunów lub małżonka.
- Osoby, które ukończyły 26 lat (jeśli istnieje taka możliwość) powinny być zgłoszone do ubezpieczenia przez pracującego małżonka.
- Doktoranci zgłoszeni do ubezpieczenia zdrowotnego przez Uczelnię w momencie podjęcia pracy na podstawie umowy o pracę, umowy zlecenia lub rozpoczęcia działalności gospodarczej (jeżeli z tego tytułu odprowadzane są składki zdrowotne) mają obowiązek niezwłocznie zgłosić ten fakt do Biura ds. Pomocy Materialnej UW w celu wyrejestrowania się z ubezpieczenia.
- Osoby pobierające rentę są z tego tytułu ubezpieczone zdrowotnie.

OŚWIADCZENIE

Po zapoznaniu się z powyższym pouczeniem oświadczam, że nie jestem z żadnego tytułu zgłoszony(a) do ubezpieczenia zdrowotnego.

Dane zawarte w formularzu ZUS ZUA zgodne ze stanem prawnym i faktycznym.

Jestem świadomy(a) odpowiedzialności karnej za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy.

.....
Data

.....
Podpis