PŁATNIK 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 ZWUA

# WYREJESTROWANIE Z UBEZPIECZEŃ / KONTYNUOWANIE UBEZPIECZEŃ

## I. DANE ORGANIZACYJNE

☐ 01. WYREJESTROWANIE Z UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH I UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO 1)
☐ 02. WYREJESTROWANIE Z UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH 1)
☐ 03. WYREJESTROWANIE Z UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO 1)
☐ 04. ZGŁOSZENIE KOREKTY DANYCH O WYREJESTROWANIU Z UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH / UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO 1)

05. Data nadania (dd / mm / rrrr)
06. 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 / 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 ubezpieczenia 2)
02. Data, od której osoba zainteresowana zamierza kontynuować ubezpieczenia emerytalne i rentowe (dd / mm / rrrr)

## VI. OŚWIADCZENIE PŁATNIKA 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. Pieczątka płatnika

## VII. OŚWIADCZENIE OSOBY WYREJESTROWYWANEJ Z UBEZPIECZEŃ / KONTYNUUJĄCEJ 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 wyrejestrowywanej z ubezpieczeń / kontynuującej ubezpieczenia

## VIII. ADNOTACJE ZUS

1) Wpisać **X** w odpowiednim polu.
2) Wpisać odpowiedni kod podany w instrukcji.

wzór wzór wzór