ZGŁOSZENIE ZAPYTANIA UBEZPIECZONEGO

MIEJSCE ZŁOŻENIA PISMA

01. ZAKŁAD UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH - ODDZIAŁ / INSPEKTORAT w:

DANE IDENTYFIKACYJNE UBEZPIECZONEGO

01. Numer PESEL (1)

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

03. Seria i numer dokumentu

04. Nazwisko

05. Imię

06. Data urodzenia (dd / mm / rrrr)

(1) Należy wpisać numer PESEL, a jeżeli nie nadano tego numeru, należy wpisać serię i numer dowodu osobistego lub paszportu.

Proszę o podanie następującej informacji: (należy zaznaczyć właściwy kwadrat)

1. ☐ Dane ubezpieczonego zgłoszone przez płatnika

2. ☐ Dane o członkostwie w otwartym funduszu emerytalnym (OFE)

3. ☐ Dane o Oddziale Narodowego Funduszu Zdrowia

4. ☐ Dane o składkach przekazanych do OFE za okres od: Data od (mm / rrrr) do: Data do (mm / rrrr)

5. ☐ Dane o składkach i/lub świadczeniach wykazanych przez płatnika w imiennych raportach miesięcznych przekazanych do ZUS:

☐ Składki na ubezpieczenia społeczne

Okresy, za które ubezpieczony chce uzyskać informacje:

od: Data od (mm / rrrr) do: Data do (mm / rrrr)

od: Data od (mm / rrrr) do: Data do (mm / rrrr)

od: Data od (mm / rrrr) do: Data do (mm / rrrr)

☐ Składki na ubezpieczenie zdrowotne

Okresy, za które ubezpieczony chce uzyskać informacje:

od: Data od (mm / rrrr) do: Data do (mm / rrrr)

od: Data od (mm / rrrr) do: Data do (mm / rrrr)

od: Data od (mm / rrrr) do: Data do (mm / rrrr)

☐ Wypłacone świadczenia (zasiłki: rodzinny, pielęgnacyjny, wychowawczy, chorobowy, opiekuńczy, macierzyński, porodowy, wyrównawczy, świadczenie rehabilitacyjne, ewentualnie inne świadczenie). Należy wpisać nazwę świadczenia/świadczeń:

.....

.....

6. ☐ Inne dane, o które chce zapytać ubezpieczony:

.....

.....

.....

DANE PŁATNIKA SKŁADEK, który był zobowiązany do przekazania dokumentów ubezpieczeniowych do ZUS:

DANE PŁATNIKA SKŁADEK

01. Numer NIP (wpisać bez kresek) (1)

02. Numer REGON (1)

03. Numer PESEL

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

05. Seria i numer dokumentu

06. Nazwa skrócona

07. Nazwa pełna

08. Nazwisko

09. Imię pierwsze

10. Data urodzenia (dd / mm / rrrr)

(1) Należy wpisać numery NIP i REGON, a jeżeli nie nadano tych numerów albo jednego z nich, należy wpisać numer PESEL lub serię i numer dowodu osobistego lub paszportu.

Odpowiedź odbiorę: (należy zaznaczyć właściwy kwadrat)

☐ proszę o wysłanie pocztą na adres:

☐ osobiście

DANE ADRESOWE UBEZPIECZONEGO - ADRES DO KORESPONDENCJI (4)

01. Kod pocztowy

02. Poczta

03. Gmina / Dzielnica

04. Miejscowość

05. Ulica

06. Numer domu

07. Numer lokalu

08. Numer telefonu (1)

09. Symbol państwa (2)(3)

10. Zagraniczny kod pocztowy (2)

11. Nazwa państwa (2)

(1) Podanie numeru telefonu nie jest obowiązkowe.
(2) Wypełnić w przypadku, gdy adres jest inny niż polski.
(3) Podanie symbolu państwa nie jest konieczne, jeżeli wniosek jest zgłaszany w formie papierowej.
(4) Wypełnić w przypadku, gdy adres do korespondencji jest inny niż adres zamieszkania.

..... (Miejscowość) ..... (Data: dd / mm / rrrr) ..... (Podpis)

Adnotacje ZUS