



**Zakład Ubezpieczeń Społecznych**

00-701 Warszawa, ul. Czerniakowska 16

---

**Dobrowolne podleganie  
ubezpieczeniom emerytalnemu  
i rentowym**

**Poradnik**

Dobrowolne podleganie ubezpieczeniom  
emerytalnemu i rentowym  
Poradnik  
data aktualizacji: 01.01.2008r.

## Spis treści

<b>Wstęp</b> .....	<b>4</b>
<b>I. Osoby dobrowolnie podlegające ubezpieczeniom emerytalnemu i rentowym</b> .....	<b>4</b>
<b>II. Podstawa wymiaru składek</b> .....	<b>6</b>
<b>III. Zgłoszenie do ubezpieczeń</b> .....	<b>7</b>
<b>IV. Opłacanie i rozliczanie składek</b> .....	<b>8</b>
<b>V. Ustanie ubezpieczeń</b> .....	<b>9</b>
<b>Załączniki</b> .....	<b>11</b>

## Wstęp

Celem niniejszej publikacji jest omówienie zasad dotyczących dobrowolnych ubezpieczeń emerytalnego i rentowych.

O dobrowolnych ubezpieczeniach emerytalnym i rentowym możemy mówić:

- w przypadku zbiegu tytułów do ubezpieczeń, tj. gdy dana osoba spełnia warunki do podlegania ubezpieczeniom społecznym z kilku tytułów i z jednego z nich ubezpieczenia mają charakter obowiązkowy, a z pozostałych tytułów - dobrowolny,
- w przypadkach wymienionych w art. 7 ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych.

Wyjaśnienia zawarte w poradniku dotyczą tej drugiej sytuacji.

## I. Osoby dobrowolnie podlegające ubezpieczeniom emerytalnemu i rentowym

Osoby dobrowolnie podlegające ubezpieczeniom emerytalnemu i rentowym zostały wymienione w art. 7 ustawy z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych.

**W myśl powołanego przepisu prawo do dobrowolnego objęcia ubezpieczeniami emerytalnym i rentowymi przysługuje:**

- małżonkom pracowników skierowanych do pracy w przedstawicielstwach dyplomatycznych, urzędach konsularnych, w stałych przedstawicielstwach przy Organizacji Narodów Zjednoczonych i w innych misjach specjalnych za granicą, a także w instytucjach, ośrodkach informacji i kultury za granicą,
- osobom, które z powodu sprawowania opieki nad członkiem rodziny spełniającym warunki do przyznania zasiłku pielęgnacyjnego nie podlegają ubezpieczeniom emerytalnemu i rentowym z tytułów, o których mowa w art. 6 ust. 1 i 2 ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych,
- obywatelom polskim wykonującym pracę za granicą w podmiotach zagranicznych oraz obywatelom polskim wykonującym pracę w podmiotach zagranicznych na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, jeżeli podmioty te nie posiadają w Polsce swojej siedziby ani przedstawicielstwa,
- studentom oraz uczestnikom studiów doktoranckich, jeżeli nie podlegają ubezpieczeniom emerytalnemu i rentowym z innego tytułu,
- alumnom seminariów duchownych, nowicjuszom, postulantom i juniorystom do ukończenia 25 roku,
- odbywającym na podstawie nieodpłatnych umów cywilnoprawnych staż adaptacyjny wnioskodawcom - obywatelom państwa członkowskiego Unii Europejskiej w postępowaniu w sprawie uznania kwalifikacji do wykonywania zawodu regulowanego lub działalności regulowanej - w rozumieniu odpowiednio przepisów o zasadach uznawania nabytych w państwach członkowskich Unii Europejskiej kwalifikacji do wykonywania zawodów regulowanych lub przepisów o zasadach uznawania nabytych w państwach członkowskich Unii Europejskiej kwalifikacji do podejmowania lub wykonywania niektórych działalności.

**Dobrowolnie ubezpieczeniom emerytalnemu i rentowym podlegają również osoby, które kontynuują ubezpieczenia emerytalne i rentowe.**

Zgodnie z art. 10 oraz art. 7 pkt 3 ustawy o s.u.s. osoby objęte obowiązkowo ubezpieczeniami emerytalnym i rentowymi, a także obywatele polscy wykonujący pracę zagranicą w podmiotach zagranicznych oraz obywatele polscy wykonujący pracę w podmiotach zagranicznych na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, jeżeli podmioty te nie posiadają w Polsce swojej siedziby ani przedstawicielstwa, mogą po ustaniu tych ubezpieczeń kontynuować je dobrowolnie, jednakże wówczas, gdy okres tego ubezpieczenia przekracza 10 lat, nie obowiązuje gwarancja wypłaty minimalnego świadczenia, w przypadku gdy stan własnego konta ubezpieczonego nie będzie go zapewniał.

**Ubezpieczenia emerytalne i rentowe mogą być kontynuowane, jeśli osoba ubezpieczona nie ma innych tytułów rodzących obowiązki ubezpieczeń.**

W myśl art. 36 ust. 6 ustawy o s.u.s. osoby, które zamierzają kontynuować ubezpieczenia emerytalne i rentowe zgłaszają wniosek o objęcie tymi ubezpieczeniami w terminie 30 dni od ustania obowiązkowych ubezpieczeń społecznych.

**Przykład 1**

*Jan Kowalski był zatrudniony na podstawie umowy o pracę do dnia 10 czerwca. 30-dniowy termin na złożenie wniosku o dobrowolne ubezpieczenia emerytalne i rentowe upływa 10 lipca.*

**Przykład 2**

*Adam Nowak do 20 maja wykonywał umowę zlecenia. 30-dniowy termin na złożenie wniosku o dobrowolne ubezpieczenia emerytalne i rentowe upływa 19 czerwca.*

Przytoczony wyżej przepis (art. 10 i art. 7 pkt 3 ustawy o s.u.s.) umożliwia dobrowolne kontynuowanie ubezpieczeń emerytalnego i rentowych po ich ustaniu i zapewnia ciągłość ubezpieczeń tym osobom, które utraciły dotychczasowy tytuł do ubezpieczeń i nie mają innych tytułów do objęcia ubezpieczeniem.

W przypadku gdy dana osoba ma dwa lub więcej tytuły, z których obowiązkowo podlega ubezpieczeniom emerytalnemu i rentowym, i jeden z tych tytułów ustanie, osoba ta nie może kontynuować ubezpieczeń emerytalnego i rentowych, gdyż nadal podlega obowiązkowo tym ubezpieczeniom z drugiego tytułu.

Również w przypadku gdy dany ubezpieczony, który złożył wniosek o kontynuowanie ubezpieczeń, uzyskuje ponownie tytuł do obowiązkowych ubezpieczeń (np. jest bezrobotnym z prawem do zasiłku, rozpoczyna wykonywanie pracy na podstawie umowy zlecenia, rozpoczyna prowadzenie działalności gospodarczej itp.), podlega obowiązkowo ubezpieczeniom emerytalnemu oraz rentowym i powinien być z tego tytułu zgłoszony do ubezpieczeń. W takim bowiem przypadku nie występuje już sytuacja braku jakiegokolwiek tytułu do ubezpieczenia, która mogłaby być uzasadnieniem do kontynuowania ubezpieczeń. W konsekwencji od dnia powstania tytułu do obowiązkowych ubezpieczeń osoba ubezpieczona nie ma prawa kontynuować ubezpieczeń emerytalnego i rentowych.

Osoby wymienione na początku rozdziału, podlegają dobrowolnym ubezpieczeniom emerytalnemu i rentowym od dnia wskazanego we wniosku o objęcie ubezpieczeniami, nie wcześniej jednak niż od dnia, w którym wniosek został zgłoszony. A zatem data, od której osoba zainteresowana jest obejmowana ubezpieczeniami emerytalnym i rentowymi nie może być wcześniejsza niż data złożenia wniosku.

Natomiast osoby kontynuujące ubezpieczenia emerytalne i rentowe podlegają ubezpieczeniom emerytalnemu i rentowym od dnia wskazanego we wniosku o objęcie ubezpieczeniami, data określona we wniosku może być wcześniejsza niż data złożenia wniosku. Wniosek musi być jednak złożony w terminie 30 dni od dnia ustania tytułu do obowiązkowych ubezpieczeń.

**Przykład**

*Jan Kowalski był zatrudniony na podstawie umowy o pracę do dnia 10 czerwca. 30-dniowy termin na złożenie wniosku o dobrowolne ubezpieczenia emerytalne i rentowe upływa 10 lipca. Jeżeli zainteresowany złoży wniosek w tym terminie, jako datę przystąpienia do tych ubezpieczeń może wskazać 11 czerwca.*

Wniosek o objęcie ubezpieczeniami emerytalnym i rentowymi może być złożony w jednostce organizacyjnej Zakładu Ubezpieczeń Społecznych lub przesłany pocztą. W przypadku przesyłania wniosku pocztą, datą wpływu wniosku jest data stempla pocztowego.

**Uwaga!**

Osoby dobrowolnie podlegające ubezpieczeniom emerytalnemu i rentowym, o których mowa w poradniku, podlegają tylko ubezpieczeniom emerytalnemu i rentowym, nie podlegają natomiast ubezpieczeniom chorobowemu i wypadkowemu.

## II. Podstawa wymiaru składek

Podstawę wymiaru składek na ubezpieczenia emerytalne i rentowe osób dobrowolnie podlegających ubezpieczeniom emerytalnemu i rentowym stanowi **zadeklarowana kwota, nie niższa jednak niż kwota minimalnego wynagrodzenia** (obowiązuje za okres od 1 stycznia 2003 r.). Do 31 grudnia 2002 r. podstawę wymiaru składek stanowiła kwota najniższego wynagrodzenia. Od 1 stycznia 2007 r. minimalne wynagrodzenie wynosi 936 zł, **a od 1 stycznia 2008r. 1126 zł**

Za miesiąc, w którym nastąpiło odpowiednio objęcie ubezpieczeniami emerytalnym i rentowymi lub ich ustanie, a ubezpieczenia trwały tylko przez część miesiąca, kwotę najniższej podstawy wymiaru składek zmniejsza się proporcjonalnie, dzieląc ją przez liczbę dni tego miesiąca i mnożąc przez liczbę dni podlegania ubezpieczeniom. Uzyskana w wyniku podzielenia liczba nie podlega zaokrągleniu (bez względu na liczbę miejsc po przecinku, jaką wskazuje użyta maszyna licząca) i powinna zostać przemnożona w takiej postaci, w jakiej została wyliczona. Dopiero po pomnożeniu należy dokonać zaokrąglenia ustalonej podstawy wymiaru składek do pełnych groszy, przyjmując iż dokonuje się zaokrąglenia z uwzględnieniem trzeciego miejsca po przecinku. Obliczoną w taki sposób podstawę wymiaru składek należy zaokrąglić do pełnych groszy w górę, jeżeli końcówka jest równa lub wyższa od 0,50 grosza, albo w dół, jeżeli końcówka jest niższa od 0,50 grosza.

### Przykład 1

*Osoba zgłasza się do dobrowolnych ubezpieczeń emerytalnego i rentowych od 4 czerwca 2007 r. Jako podstawę wymiaru składek deklaruje kwotę minimalnego wynagrodzenia.*

*Podstawa wymiaru składek za czerwiec wynosi:*

*$936 \text{ zł} : 30 \text{ (liczba dni miesiąca)} = 31,20 \times 27 \text{ (liczba dni podlegania ubezpieczeniom)} = 842,40 \text{ zł}$ ,  
Składki na ubezpieczenia społeczne wynoszą:*

- składka na ubezpieczenie emerytalne  $19,52\% \times 842,40 \text{ zł} = 164,44 \text{ zł}$*
- składka na ubezpieczenia rentowe  $13,00\% \times 842,40 \text{ zł} = 109,51 \text{ zł}$*

### Przykład 2

*Osoba zgłasza się do dobrowolnych ubezpieczeń emerytalnego i rentowych od 1 stycznia 2008r. . Jako podstawę wymiaru składek deklaruje kwotę minimalnego wynagrodzenia.*

*Podstawa wymiaru składek za styczeń wynosi: 1126 zł*

*Składki na ubezpieczenia społeczne wynoszą:*

- składka na ubezpieczenie emerytalne  $19,52\% \times 1126 \text{ zł} = 219,80 \text{ zł}$*
- składka na ubezpieczenia rentowe  $6\% \times 1126 \text{ zł} = 67,56 \text{ zł}$*

**Także w przypadku osób objętych dobrowolnym ubezpieczeniem emerytalnym i rentowymi roczna podstawa wymiaru składek na ubezpieczenia emerytalne i rentowe w danym roku kalendarzowym nie może być wyższa od kwoty odpowiadającej 30-krotności prognozowanego przeciętnego wynagrodzenia miesięcznego w gospodarce narodowej na dany rok kalendarzowy.**

W 2008 r. kwota ograniczenia rocznej podstawy wymiaru składek na ubezpieczenia emerytalne i rentowe wynosi. 85 290 zł. Przy ustalaniu górnej rocznej podstawy wymiaru składek na ubezpieczenia emerytalne i rentowe sumuje się podstawy ze wszystkich tytułów, z których za ubezpieczonego były odprowadzane składki na wymienione ubezpieczenia **w danym roku kalendarzowym**.

Po przekroczeniu limitu rocznej podstawy wymiaru składek na ubezpieczenia emerytalne i rentowe, do końca danego roku kalendarzowego składki na ubezpieczenia emerytalne i rentowe nie powinny być odprowadzane.

W przypadku gdy osoba dobrowolnie podlegająca ubezpieczeniom emerytalnemu i rentowym osiągnie kwotę odpowiadającą rocznej podstawie wymiaru składek, nie opłaca w danym roku składek na ubezpieczenia emerytalne i rentowe. W takiej sytuacji osoba, o której mowa, przekazuje deklarację

rozliczeniową ZUS DRA i wykazuje "zerową" podstawę wymiaru składek oraz "zerową" kwotę składek (jeżeli opłaca składki wyłącznie za siebie).

### III. Zgłoszenie do ubezpieczeń

Osoby podlegające dobrowolnie ubezpieczeniom emerytalnemu i rentowym same zgłaszają się do jednostki organizacyjnej Zakładu Ubezpieczeń Społecznych.

Osoby te są zarówno płatnikami składek, jak i osobami ubezpieczonymi. Nie dokonują one jednak zgłoszenia siebie, jako płatnika składek, na formularzu ZUS ZFA "Zgłoszenie/zmiana danych płatnika składek - osoby fizycznej", ale składają wniosek w sprawie objęcia ubezpieczeniami **na formularzu ZUS ZUA** "Zgłoszenie do ubezpieczeń/zgłoszenie zmiany danych osoby ubezpieczonej". W składanym dokumencie "Dane identyfikacyjne płatnika składek" (blok II formularza ZUS ZUA) i "Dane identyfikacyjne osoby zgłaszanej do ubezpieczeń" (blok III formularza ZUS ZUA), powinny zawierać takie same identyfikatory.

Osoby, o których mowa, podają w dokumencie ZUS ZUA jeden wymienionych niżej **kodów tytułu ubezpieczenia**:

- 15 00 xy** - małżonek pracownika skierowanego do pracy w przedstawicielstwie dyplomatycznym, urzędzie konsularnym, stałym przedstawicielstwie przy Organizacji Narodów Zjednoczonych lub w innej misji specjalnej za granicą, a także w instytucie, ośrodku informacji kultury za granicą,
- 16 10 xy** - obywatel polski wykonujący pracę w podmiocie zagranicznym za granicą lub w podmiocie zagranicznym na terytorium RP, jeżeli podmiot nie posiada w Polsce swojej siedziby ani przedstawicielstwa,
- 17 00 xy** - Osoba, która z powodu sprawowania opieki nad członkiem rodziny spełniającym warunki do przyznania zasiłku pielęgnacyjnego nie podlega ubezpieczeniom emerytalnemu i rentowym z innych tytułów,
- 18 10 xy** - Student lub uczestnik studiów doktoranckich, jeśli nie podlega ubezpieczeniom emerytalnemu i rentowym z innego tytułu,
- 18 10 xy** - Obywatel państwa członkowskiego Unii Europejskiej odbywający na podstawie nieodpłatnej umowy cywilnoprawnej staż adaptacyjny w postępowaniu w sprawie uznania kwalifikacji do wykonywania zawodu regulowanego lub działalności regulowanej - w rozumieniu odpowiednio przepisów o zasadach uznawania nabytych w państwach członkowskich Unii Europejskiej kwalifikacji do wykonywania zawodów regulowanych lub przepisów o zasadach uznawania nabytych w państwach członkowskich Unii Europejskiej kwalifikacji do podejmowania lub wykonywania niektórych działalności,
- 10 40 xy** - Alumn seminarium duchownego, nowicjusz, postulanta i juniorysta przed ukończeniem 25 roku życia,
- 19 00 xy** - osoba kontynuująca ubezpieczenia.

W podanych wyżej kodach tytułu ubezpieczenia x, y oznaczają:

**x - ustalone lub nie prawo do emerytury lub renty**

- 0 - osoba, która nie ma ustalonego prawa do emerytury lub renty,
- 1 - osoba, która ma ustalone prawo do emerytury,
- 2 - osoba, która ma ustalone prawo do renty,

**y - stopień niepełnosprawności**

- 0 - osoba nie posiadająca orzeczenia o niepełnosprawności,
- 1 - osoba, która ma orzeczenie o lekkim stopniu niepełnosprawności,
- 2 - osoba, która ma orzeczenie o umiarkowanym stopniu niepełnosprawności,

3 - osoba, która ma orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności.

Osoby podlegające dobrowolnie ubezpieczeniom emerytalnemu i rentowym są zobowiązane do złożenia deklaracji rozliczeniowej ZUS DRA oraz do opłacenia składek na ubezpieczenia za dany miesiąc w terminie do 10 dnia następnego miesiąca. Deklaracja rozliczeniowa powinna być składana za każdy miesiąc kalendarzowy, nawet wówczas, gdy w stosunku do poprzedniego miesiąca nie zaszły żadne zmiany.

#### **Uwaga!**

W przypadku gdy dana osoba podlega dobrowolnie ubezpieczeniom emerytalnemu i rentowym oraz dobrowolnie ubezpieczeniu zdrowotnemu składa dodatkowo, na formularzu ZUS ZZA, zgłoszenie do ubezpieczenia zdrowotnego z kodem tytułu ubezpieczenia 24 10 xy.

Wówczas za każdy miesiąc składa dwie deklaracje rozliczeniowe, w których w polach XI.01 powinny być podawane odpowiednie kody tytułów do ubezpieczeń, stosując dla poszczególnych deklaracji odpowiednio numerację (pierwsze dwa znaki pola I.01):

- dla pierwszej z nich z zakresu 01-39,
- dla drugiej z zakresu 40-49.

W deklaracji powinny zostać wykazane podstawa wymiaru oraz rozliczone składki na ubezpieczenia emerytalne i rentowe, a w drugiej podstawa wymiaru i rozliczona składka na ubezpieczenie zdrowotne.

Wpłaty należności z tytułu składek w celu ich prawidłowego rozliczenia powinny być dokonywane odrębnie w odniesieniu do każdej deklaracji.

W każdym dokumencie płatniczym należy podać numer deklaracji, której wpłata dotyczy, tj. w której została wykazana dana należność.

## **IV. Opłacanie i rozliczanie składek**

Osoby dobrowolnie podlegające ubezpieczeniom emerytalnemu i rentowym opłacają składki na wymienione ubezpieczenia **na rachunek Zakładu Ubezpieczeń Społecznych**, z końcówką - **51**, w terminie do **10** dnia następnego miesiąca za miesiąc poprzedni.

#### **Uwaga!**

Jeżeli osoba dobrowolnie podlegająca ubezpieczeniom emerytalnemu i rentowym przystąpiła również do dobrowolnego ubezpieczenia zdrowotnego, opłaca ona składki na wszystkie wymienione ubezpieczenia w terminie do 15 dnia następnego miesiąca za miesiąc poprzedni.

Składki na ubezpieczenia emerytalne i rentowe osoba ta opłaca na odpowiednio wydzielone w Narodowym Banku Polskim rachunki ZUS, tj.:

- 8310101023000026139**51**00000 - w przypadku należności z tytułu składek na ubezpieczenia emerytalne i rentowe,
- 7810101023000026139**52**00000 - w przypadku należności z tytułu składek na ubezpieczenie zdrowotne.

Wpłat składek dokonuje się przy użyciu odpowiednich dokumentów płatniczych - przeznaczonych do dokonywania wpłat składek pobieranych przez ZUS.

Osoby podlegające dobrowolnie ubezpieczeniom emerytalnemu i rentowym mogą opłacać składki zarówno **w formie gotówkowej**, jak i **w formie bezgotówkowej**.

Zasady wypełniania dokumentu polecenia przelewu/wpłaty gotówkowej dostępne są w poradniku na stronie [http://www.zus.pl/ref\\_99/reforma.htm](http://www.zus.pl/ref_99/reforma.htm)

Zgodnie z art. 60 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. - Ordynacja podatkowa - który na mocy art. 31 powołanej ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych ma zastosowanie do należności z tytułu składek pobieranych przez ZUS - za termin dokonania zapłaty uważa się:

- przy zapłacie gotówką - dzień wpłacenia należności z tytułu składek w banku lub placówce pocztowej,
- w obrocie bezgotówkowym - dzień obciążenia rachunku bankowego płatnika.



W sytuacji gdy płatnik opłaca składki w formie bezgotówkowej, wpłata z tytułu należnych składek może zostać uznana za terminową, jeżeli obciążenie rachunku bankowego płatnika nastąpiło najpóźniej w obowiązującym tego płatnika terminie płatności.

Jeżeli ostatni dzień terminu płatności składek przypada na sobotę lub dzień ustawowo wolny od pracy, za ostatni dzień terminu uważa się następnny dzień po dniu lub dniach wolnych od pracy.

Osoba dobrowolnie podlegająca ubezpieczeniom emerytalnemu i rentowym, opłacająca składki tylko z tytułu własnych ubezpieczeń, składa **wyłącznie deklarację rozliczeniową ZUS DRA**. W deklaracji tej wykazuje należne składki na ubezpieczenia emerytalne i rentowe oraz wpisuje w bloku I "Dane organizacyjne" w polu 01 "Termin przysyłania deklaracji" cyfrę **2** (termin przesyłania deklaracji i opłacania składek do 10 dnia następnego miesiąca za miesiąc poprzedni).

Jeżeli osoba, o której mowa, przystąpi również do dobrowolnego ubezpieczenia zdrowotnego, w deklaracji rozliczeniowej ZUS DRA, w bloku I w polu 01, wpisuje cyfrę **4** (termin przesyłania deklaracji i opłacania składek do 15 dnia następnego miesiąca za miesiąc poprzedni).

## V. Ustanie ubezpieczeń

Ubezpieczenia emerytalne i rentowe osób podlegających dobrowolnie tym ubezpieczeniom ustają:

- od dnia wskazanego we wniosku o wyłączenie z tych ubezpieczeń, nie wcześniej jednak niż od dnia w którym wniosek został złożony - **wniosek w sprawie wyłączenia z ubezpieczeń składa się na formularzu ZUS ZWUA** ("Wyrejestrowanie z ubezpieczeń/kontynuowanie ubezpieczeń"),
- od dnia ustania tytułu do podlegania tym ubezpieczeniom (np. powstania tytułu do obowiązkowych ubezpieczeń),
- od pierwszego dnia miesiąca kalendarzowego, za który składki na te ubezpieczenia zostały opłacone po terminie lub w niepełnej wysokości.

Składki wpłacone po terminie są traktowane jak nadpłata i podlegają zwrotowi.

Ubezpieczony, który nie uścił w terminie składek może wystąpić do Zakładu Ubezpieczeń Społecznych z wnioskiem o przywrócenie terminu opłacenia składek na dobrowolne ubezpieczenia emerytalne i rentowe. Jeżeli wniosek ten zostanie rozpatrzony pozytywnie, ubezpieczony podlega dobrowolnym ubezpieczeniom, jeśli ureguluje należność wraz z odsetkami za zwłokę. (W takiej sytuacji, pomimo opłacenia składek po terminie, dana osoba w dalszym ciągu podlega ubezpieczeniom). Jeśli natomiast wniosek ubezpieczonego o przywrócenie terminu opłacenia składek na ubezpieczenia emerytalne i rentowe zostanie rozpatrzony negatywnie, ubezpieczenia te ustają od pierwszego dnia miesiąca kalendarzowego, za który dokonano wpłaty po terminie.

W przypadku gdy osoba zainteresowana chce w dalszym ciągu podlegać dobrowolnym ubezpieczeniom emerytalnemu i rentowym, musi ponownie złożyć wniosek o objęcie ubezpieczeniami na formularzu ZUS ZUA. **Takiego wniosku nie może jednak złożyć ponownie osoba, która podlegała ubezpieczeniom z tytułu kontynuowania ubezpieczeń.**

### **Przykład 1**

*Jan Kowalski wykonuje pracę za granicą w USA w podmiocie zagranicznym na podstawie indywidualnego kontraktu. Obowiązkowym ubezpieczeniom społecznym podlega w kraju, w którym wykonuje pracę, jednak od 1 stycznia 2008r. chce opłacać składki na dobrowolne ubezpieczenia emerytalne i rentowe w Polsce.*

*W celu zgłoszenia się do dobrowolnych ubezpieczeń emerytalnego i rentowych w Polsce Jan Kowalski powinien wypełnić formularz ZUS ZUA, z kodem tytułu ubezpieczenia 16 10 xy (załącznik 1 [strona 1](#), [strona 2](#)), a następnie za każdy miesiąc, poczynając od stycznia., składać deklarację ZUS DRA (załącznik 2 - [strona 1](#), [strona 2](#)) i opłacać składki od zadeklarowanej kwoty, nie niższej niż minimalne wynagrodzenie.*

### **Przykład 2**

Adam Nowak po zakończeniu w dniu 31 grudnia 2007r.. umowy o pracę w zakładzie A, zawarł z zakładem B umowę o dzieło. W związku z tym, że umowa o dzieło nie jest tytułem do objęcia ubezpieczeniami, zainteresowany postanowił od 1 stycznia 2008r samodzielnie opłacać składki na własne ubezpieczenia - z tytułu kontynuowania ubezpieczeń - .Ponadto udał się on również do oddziału Funduszu Zdrowia i przystąpił do dobrowolnego ubezpieczenia zdrowotnego, również od 1 stycznia 2008r.

Pan Adam Nowak powinien złożyć formularz ZUS ZUA (terminie 30 dni od dnia ustania tytułu do obowiązkowych ubezpieczeń, tj. do 30stycznia ), z kodem tytułu ubezpieczenia 19 00 xy (załącznik 3 - [strona 1](#), [strona 2](#)) oraz formularz ZUS ZZA, z kodem 24 10 xy (załącznik 4 - [strona 1](#), [strona 2](#)), a następnie za każdy miesiąc składać deklarację rozliczeniową ZUS DRA, z kodem 19 00 xy (załącznik 5 - [strona 1](#), [strona 2](#)), w której wykaże składki na ubezpieczenia emerytalne i rentowe oraz deklarację rozliczeniową z kodem 24 10 xy, gdzie będzie wykazywał podstawę wymiaru i kwotę składek na ubezpieczenie zdrowotne (załącznik 6 - [strona 1](#), [strona 2](#)).

Podstawę wymiaru składki na ubezpieczenia emerytalne i rentowe będzie stanowiła zadeklarowana kwota, nie niższa jednak od minimalnego wynagrodzenia.

Podstawą wymiaru składki na ubezpieczenie zdrowotne będzie stanowiła kwota deklarowanego miesięcznego dochodu, nie niższa od kwoty odpowiadającej przeciętnemu miesięcznemu wynagrodzeniu w sektorze przedsiębiorstw z poprzedniego kwartału w łącznie z wypłatami z zysku.

W deklaracjach rozliczeniowych ZUS DRA (załączniki 5 i 6), które Adam Nowak złożył za styczeń 2008 r., składki zostały naliczone od minimalnych podstaw wymiaru.

# Załączniki

## Załącznik 1

Strona 1

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

<b>ZAKŁAD UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH</b>	<b>ZUS ZUA</b>	strona: <b>1</b>	<b>ZGŁOSZENIE DO UBEZPIECZEŃ / ZGŁOSZENIE ZMIANY DANYCH OSOBY UBEZPIECZONEJ</b>
<b>I. DANE ORGANIZACYJNE</b>			
01. ZGŁOSZENIE DO UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH I DO UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO <sup>1)</sup>		02. ZGŁOSZENIE DO UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH <sup>1)</sup> <input checked="" type="checkbox"/>	
04. Data nadania (dd / mm / rrrr)		03. ZGŁOSZENIE ZMIANY (wpisać - 1) / KOREKTY (wpisać - 2) DANYCH OSOBY UBEZPIECZONEJ (nie dotyczy zmiany danych identyfikacyjnych) <sup>2)</sup> <input type="checkbox"/>	
		05. Nalepka "R" <input type="checkbox"/>	
<b>II. DANE IDENTYFIKACYJNE PŁATNIKA SKŁADEK</b>			
01. NIP (wpisać bez kresek)		02. REGON	
8 2 1 3 2 5 4 9 5 1			
03. PESEL		04. Rodzaj dokumentu:	
6 2 1 2 2 5 0 8 6 3 9		jeśli dowód osobisty, wpisać 1, jeśli paszport - 2	
06. Nazwa skrócona		05. Seria i numer dokumentu	
07. Nazwisko			
K O W A L S K I			
08. Imię pierwsze		09. Data urodzenia (dd / mm / rrrr)	
J A N		2 5 1 2 1 9 6 2	
<b>III. DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY ZGŁASZANEJ DO UBEZPIECZEŃ</b>			
01. PESEL		02. NIP (wpisać bez kresek)	
6 2 1 2 2 5 0 8 6 3 9		8 2 1 3 2 5 4 9 5 1	
05. Nazwisko		03. Rodzaj dokumentu (wypełnić jak pole II.04)	
K O W A L S K I		04. Seria i numer dokumentu	
06. Imię pierwsze		07. Data urodzenia (dd / mm / rrrr)	
J A N		2 5 1 2 1 9 6 2	
<b>IV. DANE EWIDENCYJNE OSOBY ZGŁASZANEJ DO UBEZPIECZEŃ</b>			
01. Imię drugie			
M A R E K			
02. Nazwisko rodowe			
K O W A L S K I			
03. Obywatelstwo			
P O L S K I E			
05.		04. Płeć (wpisać: K - kobieta, M - mężczyzna) <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	
<b>V. TYTUŁ UBEZPIECZENIA</b>			
01. Kod tytułu ubezpieczenia <sup>3) 4)</sup>			
1 6 1 0 0 0			
02.			
<b>VI. DANE O OBOWIĄZKOWYCH UBEZPIECZENIACH SPOŁECZNYCH</b>			
01.		02. Data powstania obowiązku ubezpieczeń (dd / mm / rrrr)	
Osoba zgłaszana podlega ubezpieczeniom: (wpisać X w odpowiednim polu)			
03. Emerytalnemu <input type="checkbox"/>		05. Chorobowemu <input type="checkbox"/>	
04. Rentowym <input type="checkbox"/>		06. Wypadkowemu <input type="checkbox"/>	
<b>VII. DANE O OBOWIĄZKOWYM UBEZPIECZENIU ZDROWOTNYM</b>			
01. Data powstania obowiązku ubezpieczenia (dd / mm / rrrr)			
<b>VIII. DANE O DOBROWOLNYCH UBEZPIECZENIACH SPOŁECZNYCH</b>			
Wnoszę o objęcie ubezpieczeniami: (wpisać X w odpowiednim polu)			
01. Emerytalnym <input checked="" type="checkbox"/>		03. Rentowymi <input checked="" type="checkbox"/>	
02. Od dnia (dd / mm / rrrr)		04. Od dnia (dd / mm / rrrr)	
0 1 0 1 2 0 0 8		0 1 0 1 2 0 0 8	
05. Chorobowym <input type="checkbox"/>		06. Od dnia (dd / mm / rrrr)	
<b>IX. DANE O DOBROWOLNYM UBEZPIECZENIU ZDROWOTNYM</b>			
01. Data rozpoczęcia ubezpieczenia (dd / mm / rrrr)			
02.			
<b>X. INNE DANE O OSOBE ZGŁASZANEJ DO UBEZPIECZEŃ</b>			
01.		02.	
03.		04.	
06.		07.	
		05. Kod wykonywanego zawodu <sup>3)</sup>	
		08.	



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

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

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

**XI. DANE O ODDZIALE NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA**  
 01. Kod oddziału<sup>02</sup>      03. NFZ

**XII. ADRES ZAMELDOWANIA NA STAŁE MIEJSCE POBYTU**  
 01. Kod pocztowy      02. Miejscowość  
 02-700 PRUSZKÓW  
 03. Gmina / Dzielnica  
 PRUSZKÓW  
 04. Ulica  
 MALINOWA  
 05. Numer domu      06. Numer lokalu  
 120      1  
 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 / Dzielnica  
 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 PŁATNIKA SKŁADEK**  
 01. Data wypełnienia (dd / mm / rrrr)  
 03.01.2008  
**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  
 Jan Kowalski  
 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  
 Jan Kowalski

**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.

BP 71US (Naw101) BP Zam. nr 1061/07

Załącznik 2

Strona 1

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	DRA	strona: 1	<b>DEKLARACJA ROZLICZENIOWA</b>	
<b>I. DANE ORGANIZACYJNE</b>						
01. Termin przysyłania deklaracji i raportów <sup>1)</sup>		02. Identyfikator deklaracji (numer / mm / rrr) <sup>1)</sup>		05. Znak i numer decyzji pokontrolnej		
03. Data nadania (dd / mm / rrr)		04. Nalepka "R"		01 01 20 08		
<b>II. DANE IDENTYFIKACYJNE PŁATNIKA SKŁADEK</b>						
01. NIP (wpisać bez kresek)			02. REGON			
8 2 1 3 2 5 4 9 5 1						
03. PESEL			04. Rodzaj dokumentu: jeśli dowód osobisty, wpisać 1, jeśli paszport - 2		05. Seria i numer dokumentu	
6 2 1 2 2 5 0 8 6 3 9						
06. Nazwa skrócona						
07. Nazwisko						
KOWALSKI						
08. Imię pierwsze						09. Data urodzenia (dd / mm / rrr)
JAN						2 5 1 2 1 9 6 2
<b>III. INNE INFORMACJE</b>						
01. Liczba ubezpieczonych		02. Liczba pracowników w przeliczeniu na pełny wymiar czasu pracy		03. Wniosek pracodawcy o dofinansowanie składek za osoby niepełnosprawne ze środków PFRON i budżetu państwa <sup>1)</sup>		04. Stopa procentowa składek na ubezpieczenie wypadkowe
1		5				5 %
<b>IV. ZESTAWIENIE NALEŻNYCH SKŁADEK NA UBEZPIECZENIA SPOŁECZNE ORAZ ŹRÓDEŁ FINANSOWANIA</b>						
SUMY SKŁADEK	01. Kwota składek na ubezpieczenie emerytalne		02. Kwota składek na ubezpieczenie rentowe		03. Suma kwot składek na ubezpieczenia emerytalne i rentowe (p. 01 + p. 02)	
	2 1 9 8 0		6 4 5 6		2 8 4 3 6	
SKŁADKI FINANSOWANE PRZEZ:	04. ubezpieczonych		05.		06. (p. 04 + p. 05)	
	2 1 9 8 0		6 4 5 6		2 8 4 3 6	
płatnika	07.		08.		09. (p. 07 + p. 08)	
	zł, gr		zł, gr		zł, gr	
budżet państwa	10.		11.		12. (p. 10 + p. 11)	
	zł, gr		zł, gr		zł, gr	
PFRON	13.		14.		15. (p. 13 + p. 14)	
	zł, gr		zł, gr		zł, gr	
Fundusz Kościelny	16.		17.		18. (p. 16 + p. 17)	
	zł, gr		zł, gr		zł, gr	
SUMY SKŁADEK	19. Kwota składek na ubezpieczenie chorobowe		20. Kwota składek na ubezpieczenie wypadkowe		21. Suma kwot składek na ubezpieczenia chorobowe i wypadkowe (p. 19 + p. 20)	
	zł, gr		zł, gr		zł, gr	
SKŁADKI FINANSOWANE PRZEZ:	22. ubezpieczonych		23.		24. (p. 22 + p. 23)	
	zł, gr		zł, gr		zł, gr	
płatnika	25.		26. (= p. 25)		27. (p. 25 + p. 26)	
	zł, gr		zł, gr		zł, gr	
PFRON	27.		28.		29. (p. 27 + p. 28)	
	zł, gr		zł, gr		zł, gr	
Fundusz Kościelny	30.		31. (= p. 30)		32. Kwota składek na ubezpieczenia społeczne, które powinien przekazać płatnik (p. 06 + p. 09 + p. 24 + p. 26)	
	zł, gr		zł, gr		2 8 4 3 6	
<b>V. ZESTAWIENIE WYPŁACONYCH ŚWIADCZEŃ PODLEGAJĄCYCH ROZLICZENIU W CIĘŻAR SKŁADEK NA UBEZPIECZENIA SPOŁECZNE</b>						
01. Kwota wypłaconych świadczeń z ubezpieczenia chorobowego		03. Kwota wypłaconych świadczeń z ubezpieczenia wypadkowego		04. Kwota wypłaconych świadczeń finansowanych z budżetu państwa		
02. Kwota wynagrodzenia należnego płatnikowi od wypłaconych świadczeń z ubezpieczenia chorobowego		04. Kwota wypłaconych świadczeń finansowanych z budżetu państwa		05. Łączna kwota do potrącenia (p. 01 + p. 02 + p. 03 + p. 04)		
zł, gr		zł, gr		zł, gr		
zł, gr		zł, gr		zł, gr		
<b>VI. ROZLICZENIE CZĘŚCI IV I V</b>						
01. Kwota do zwrotu przez ZUS: (p.V. 05 - p.IV. 32)				02. Kwota do zapłaty przez płatnika: (p. IV. 32 - p.V. 05)		
zł, gr				2 8 4 3 6		



PŁATNIK WYPELNIŁ TYLKO POLA JASNE W WYZNACZONYCH KRATKACH KOMPUTEROWO, NA MASZYNIE LUB RĘCZNIE  
DUŻYMI DRUKOWANYMI LITERAMI, CZARNYM LUB NIEBIESKIM KOLOREM, PRZED WYPELNIENIEM ZAPOZNAĆ SIĘ Z OBJAŚNIENIAMI

<b>ZAKŁAD UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH</b>	<b>ZUS</b>	<b>DRA</b>	strona: <b>2</b>	<b>DEKLARACJA ROZLICZENIOWA</b>
---------------------------------------	------------	------------	------------------	---------------------------------

**VII. ZESTAWIENIE NALEŻNYCH SKŁADEK NA UBEZPIECZENIE ZDROWOTNE**

01. Kwota należnych składek do przekazania przez płatnika	zl, gr	
02. Kwota należnych składek finansowana przez Fundusz Kościelny	zl, gr	
03. Kwota należnego wynagrodzenia dla płatnika	zl, gr	
		04. Kwota do zapłaty (p.01 - p.03)
		zl, gr

**VIII. ZESTAWIENIE NALEŻNYCH SKŁADEK NA FP I FGŚP**

01. Kwota należnych składek na Fundusz Pracy	zl, gr	
02. Kwota należnych składek na Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych	zl, gr	
		03. Kwota do zapłaty (p.01 + p.02)
		zl, gr

**IX. ŁĄCZNA SUMA KWOT DO ZAPŁATY**

	01. Łączna suma kwot do zapłaty (p.VI.02 + p.VII.04 + p.VIII.03)
	2 8 7 3 6

**X.**

01.	zl, gr	
02.	zl, gr	
03.	zl, gr	
		04.
		zl, gr

**XI. DEKLARACJA DOCHODU** (wypełniają osoby, które opłacają składki wyłącznie za siebie)

01. Kod tytułu ubezpieczenia <sup>1)</sup>	1 6 1 0 0 0	
02. Podstawa wymiaru składek na ubezpieczenia emerytalne i rentowe	1 1 2 6 0 0	08 2 1 5
03. Podstawa wymiaru składek na ubezpieczenia chorobowe i wypadkowe	zl, gr	
04. Podstawa wymiaru składek na ubezpieczenie zdrowotne	zl, gr	
		05. Informacja o przekroczeniu rocznej podstawy wymiaru składek na ubezpieczenia emerytalne i rentowe <sup>1)</sup>
		<input type="checkbox"/>

**XII. OŚWIADCZENIE PŁATNIKA SKŁADEK**

01. Liczba kartek raportu ZUS RCA	zl, gr	
02.	zl, gr	
03. Liczba kartek raportu ZUS RZA	zl, gr	
04. Liczba kartek raportu ZUS RSA	zl, gr	
05.	zl, gr	
		06. Łączna liczba kartek raportów (p. 01 + p. 03 + p. 04)
		zl, gr
07.	zl, gr	
08. Data wypełnienia (dd / mm / rrrr)	0 8 0 2 2 0 0 8	

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

09. Pieczęćka imienna oraz podpis Głównego Księgowego	10. Pieczęćka płatnika i podpis płatnika lub osoby upoważnionej <i>Jan Kowalski</i>
---	--

**Pouczenie:** W wypadku niewpłacenia w obowiązującym terminie kwot z poz. VI.02, poz. VII.04, poz. VIII.03 lub wpłacania ich w niepełnej wysokości, niniejsza deklaracja stanowi podstawę do wystawienia tytułu wykonawczego, zgodnie z przepisami ustawy z dnia 17 czerwca 1966r. o postępowaniu egzekucyjnym w administracji (Dz.U. z 2002r. Nr 110, poz. 968, z późn. zm.).

**XIII. ADNOTACJE ZUS**

<sup>1)</sup> Wpisać odpowiedni kod zgodnie z instrukcją.

ZUS - P (Nw/04). Zam. 3009/07. WP w Koroniu.

Załącznik 3

Strona 1

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

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

**I. DANE ORGANIZACYJNE**

01. ZGŁOSZENIE DO UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH I DO UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO <sup>1)</sup>  02. ZGŁOSZENIE DO UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH <sup>1)</sup>  03. ZGŁOSZENIE ZMIANY (wpisać - 1) / KOREKTY (wpisać - 2) DANYCH OSOBY UBEZPIECZONEJ (nie dotyczy zmiany danych identyfikacyjnych) <sup>2)</sup>

04. Data nadania (dd / mm / rrrr) \_\_\_\_\_ 05. Nalepka "R" \_\_\_\_\_

**II. DANE IDENTYFIKACYJNE PŁATNIKA SKŁADEK**

01. NIP (wpisać bez kresek) **6543210254** 02. REGON \_\_\_\_\_

03. PESEL **55050586391** INNY NUMER 04. Rodzaj dokumentu: \_\_\_\_\_ 05. Seria i numer dokumentu \_\_\_\_\_  
jeśli dowód osobisty, wpisać 1, \_\_\_\_\_  
jeśli paszport - 2 \_\_\_\_\_

06. Nazwa skrócona \_\_\_\_\_

07. Nazwisko **NOWAK**

08. Imię pierwsze **ADAM** 09. Data urodzenia (dd / mm / rrrr) **05051955**

**III. DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY ZGŁASZANEJ DO UBEZPIECZEŃ**

01. PESEL **55050586391** 02. NIP (wpisać bez kresek) **6543210254** 03. Rodzaj dokumentu (wypełnić jak pole II.04) \_\_\_\_\_ 04. Seria i numer dokumentu \_\_\_\_\_

05. Nazwisko **NOWAK**

06. Imię pierwsze **ADAM** 07. Data urodzenia (dd / mm / rrrr) **05051955**

**IV. DANE EWIDENCYJNE OSOBY ZGŁASZANEJ DO UBEZPIECZEŃ**

01. Imię drugie **MAREK**

02. Nazwisko rodowe **NOWAK**

03. Obywatelstwo **POLSKIE** 04. Płeć (wpisać: K - kobieta, M - mężczyzna) **M**

05. \_\_\_\_\_ 06. \_\_\_\_\_

**V. TYTUŁ UBEZPIECZENIA**

01. Kod tytułu ubezpieczenia <sup>3) 4)</sup> **191000** 02. \_\_\_\_\_

**VI. DANE O OBOWIĄZKOWYCH UBEZPIECZENIACH SPOŁECZNYCH**

01. \_\_\_\_\_ 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) **01012008** 03. Rentowymi  04. Od dnia (dd / mm / rrrr) **01012008** 05. Chorobowym  06. Od dnia (dd / mm / rrrr) \_\_\_\_\_

**IX. DANE O DOBROWOLNYM UBEZPIECZENIU ZDROWOTNYM**

01. Data rozpoczęcia ubezpieczenia (dd / mm / rrrr) \_\_\_\_\_ 02. \_\_\_\_\_

**X. INNE DANE O OSOBIE ZGŁASZANEJ DO UBEZPIECZEŃ**

01. \_\_\_\_\_ 02. \_\_\_\_\_

03. \_\_\_\_\_ 04. \_\_\_\_\_ 05. Kod wykonywanego zawodu <sup>3)</sup> \_\_\_\_\_

06. \_\_\_\_\_ 07. \_\_\_\_\_ 08. \_\_\_\_\_



PŁATNIK 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

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

**X. INNE DANE O OSOBIE ZGŁASZANEJ DO UBEZPIECZEŃ c.d.**

09. Kod pracy w szczególnych warunkach / w szczególnym charakterze (dd / mm / rrrr)      10. Okres pracy w szczególnych warunkach / w szczególnym charakterze (dd / mm / rrrr)

**XI. DANE O ODDZIALE NARODOWEGO FUNDUSZA ZDROWIA**

01. Kod oddziału<sup>1)</sup>02. NFZ      03.

**XII. ADRES ZAMELDOWANIA NA STAŁE MIEJSCE POBYTU**

01. Kod pocztowy      02. Miejscowość  
07-900      PIASTÓW

03. Gmina / Dzielnica  
PIASTÓW

04. Ulica  
JAGODOWA

05. Numer domu      06. Numer lokalu  
102      12

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 / Dzielnica

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 PŁATNIKA SKŁADEK**

01. Data wypełnienia (dd / mm / rrrr)  
04.01.2008

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  
Adam Nowak

03. Pieczęćka 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  
Adam Nowak

**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.



Załącznik 4

Strona 1

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

<b>ZAKŁAD UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH</b>	<b>ZUS ZZA</b>	strona: <b>1</b>	<b>ZGŁOSZENIE DO UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO / ZGŁOSZENIE ZMIANY DANYCH</b>
---------------------------------------	----------------	------------------	---

**I. DANE ORGANIZACYJNE**

01. ZGŁOSZENIE DO UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO  02. ZGŁOSZENIE ZMIANY (wpisać - 1) / KOREKTY (wpisać - 2) DANYCH

03. Data nadania (dd / mm / rrrr) \_\_\_\_\_ 04. Nalepka "R" \_\_\_\_\_

**II. DANE IDENTYFIKACYJNE PŁATNIKA SKŁADEK**

01. NIP (wpisać bez kresek) **6543210254** 02. REGON \_\_\_\_\_

03. PESEL **55050586391** INNY NUMER \_\_\_\_\_ 05. Seria i numer dokumentu \_\_\_\_\_

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

06. Nazwa skrócona \_\_\_\_\_

07. Nazwisko **NOWAK**

08. Imię pierwsze **ADAM** 09. Data urodzenia (dd / mm / rrrr) **05051955**

**III. DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY ZGŁASZANEJ DO UBEZPIECZENIA**

01. PESEL **55050586391** 02. NIP (wpisać bez kresek) **6543210254** 03. Rodzaj dokumentu (wypełnić jak pole II.04) \_\_\_\_\_ 04. Seria i numer dokumentu \_\_\_\_\_

05. Nazwisko **NOWAK**

06. Imię pierwsze **ADAM** 07. Data urodzenia (dd / mm / rrrr) **05051955**

**IV. DANE EWIDENCYJNE OSOBY ZGŁASZANEJ DO UBEZPIECZENIA**

01. Imię drugie **MAREK**

02. Nazwisko rodowe **NOWAK**

03. Obywatelstwo **POLSKIE** 04. Płeć (wpisać: K - kobieta, M - mężczyzna) **M**

05. \_\_\_\_\_ 06. \_\_\_\_\_

**V. TYTUŁ UBEZPIECZENIA**

01. Kod tytułu ubezpieczenia <sup>1) 4)</sup> **24 10 0 0**

**VI. DANE O OBOWIĄZKOWYM UBEZPIECZENIU ZDROWOTNYM**

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

**VII. DANE O DOBROWOLNYM UBEZPIECZENIU ZDROWOTNYM**

01. Data rozpoczęcia ubezpieczenia (dd / mm / rrrr) **01012008** 02. \_\_\_\_\_

**VIII. DANE O ODDZIALE NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA**

01. Kod oddziału<sup>1) 02.</sup> **04R** NFZ 03. \_\_\_\_\_

**IX. ADRES ZAMELDOWANIA NA STAŁE MIEJSCE POBYTU**

01. Kod pocztowy **04-900** 02. Miejscowość **PIASTÓW**

03. Gmina / Dzielnica **PIASTÓW**

04. Ulica **MAGODOWA**

05. Numer domu **102** 06. Numer lokalu **12**

07. Numer telefonu \_\_\_\_\_ 08. Numer faksu \_\_\_\_\_

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

ZAKŁAD UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH	<b>ZUS ZZA</b>	strona <b>2</b>	<b>ZGŁOSZENIE DO UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO / ZGŁOSZENIE ZMIANY DANYCH</b>
-----------------------------------	----------------	-----------------	---

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

01. Kod pocztowy: \_\_\_\_\_ 02. Miejscowość: \_\_\_\_\_

03. Gmina / Dzielnica: \_\_\_\_\_

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): **07 | 01 | 2008**

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: **Adam Nowak**

03. Pieczęćka 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: **Adam Nowak**

**XIV. 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.

BP ZUS. (Nw/03). BP Zam. nr 1424/06.



Załącznik 5

Strona 1

PŁATNIK WYPEŁNIA TYLKO POLA JASNE W WYZNACZONYCH KRATKACH KOMPUTEROWO, NA MASZYNIE LUB RĘCZNIE  
DUŻYMI DRUKOWANYMI LITERAMI, CZARNYM LUB NIEBIESKIM KOŁOREM, PRZED WYPEŁNIENIEM ZAPOZNAC SIĘ Z OBJASNIENIAMI

ZAKŁAD UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH **ZUS** **DRA** strona: **1** **DEKLARACJA ROZLICZENIOWA**

**I. DANE ORGANIZACYJNE**

01. Termin przysyłania deklaracji i raportów <sup>1)</sup> **4** 02. Identyfikator deklaracji (numer / mm / rrr) <sup>1)</sup> **01 01 2008**  
 03. Data nadania (dd / mm / rrr) 04. Nalepka "R" 05. Znak i numer decyzji pokontrolnej

**II. DANE IDENTYFIKACYJNE PŁATNIKA SKŁADEK**

01. NIP (wpisać bez kresek) **6543210254** 02. REGON  
 03. PESEL **55050586391** INNY NUMER 04. Rodzaj dokumentu: jeśli dowód osobisty, wpisać 1, jeśli paszport - 2 05. Seria i numer dokumentu  
 06. Nazwa skrócona  
 07. Nazwisko **NOWAK**  
 08. Imię pierwsze **ADAM** 09. Data urodzenia (dd / mm / rrr) **05 05 19 55**

**III. INNE INFORMACJE**

01. Liczba ubezpieczonych **1** 02. Liczba pracowników w przeliczeniu na pełny wymiar czasu pracy **5** 03. Wniosek pracodawcy o dofinansowanie składek za osoby niepełnosprawne ze środków PFRON i budżetu państwa <sup>1)</sup> 04. Stopy procentowe składek na ubezpieczenie wypadkowe **1** %

**IV. ZESTAWIENIE NALEŻNYCH SKŁADEK NA UBEZPIECZENIA SPOŁECZNE ORAZ ŹRÓDEŁ FINANSOWANIA**

SUMY SKŁADEK	Kwota składek na ubezpieczenie emerytalne		Kwota składek na ubezpieczenia rentowe		Suma kwot składek na ubezpieczenia emerytalne i rentowe	
	01.	02.	03. (p. 01 + p. 02)	04.	05.	06. (p. 04 + p. 05)
ubezpieczonych	<b>2 198,80</b>	<b>645,6</b>	<b>2 844,40</b>	<b>2 198,80</b>	<b>645,6</b>	<b>2 844,40</b>
płatnika	zł, gr	zł, gr	zł, gr	zł, gr	zł, gr	zł, gr
budżet państwa	zł, gr	zł, gr	zł, gr	zł, gr	zł, gr	zł, gr
PFRON	zł, gr	zł, gr	zł, gr	zł, gr	zł, gr	zł, gr
Fundusz Kościelny	zł, gr	zł, gr	zł, gr	zł, gr	zł, gr	zł, gr

  

SUMY SKŁADEK	Kwota składek na ubezpieczenie chorobowe		Kwota składek na ubezpieczenia wypadkowe		Suma kwot składek na ubezpieczenia chorobowe i wypadkowe	
	19.	20.	21. (p. 19 + p. 20)	22.	23.	24. (p. 22 + p. 23)
ubezpieczonych						
płatnika	zł, gr	zł, gr	zł, gr	zł, gr	zł, gr	zł, gr
PFRON	zł, gr	zł, gr	zł, gr	zł, gr	zł, gr	zł, gr
Fundusz Kościelny	zł, gr	zł, gr	zł, gr	zł, gr	zł, gr	zł, gr

32. Kwota składek na ubezpieczenia społeczne, które powinien przekazać płatnik (p. 06 + p. 09 + p. 24 + p. 26) **2 844,40**

**V. ZESTAWIENIE WYPŁACONYCH ŚWIADCZEŃ PODLEGAJĄCYCH ROZLICZENIU W CIĘŻAR SKŁADEK NA UBEZPIECZENIA SPOŁECZNE**

01. Kwota wypłaconych świadczeń z ubezpieczenia chorobowego zł, gr 03. Kwota wypłaconych świadczeń z ubezpieczenia wypadkowego zł, gr  
 02. Kwota wynagrodzenia należnego płatnikowi od wypłaconych świadczeń z ubezpieczenia chorobowego zł, gr 04. Kwota wypłaconych świadczeń finansowanych z budżetu państwa zł, gr  
 05. Łączna kwota do potrącenia (p. 01 + p. 02 + p. 03 + p. 04) zł, gr

**VI. ROZLICZENIE CZĘŚCI IV I V**

01. Kwota do zwrotu przez ZUS: (p.V. 05 - p.IV. 32) zł, gr 02. Kwota do zapłaty przez płatnika: (p. IV. 32 - p.V. 05) **2 844,40**





Załącznik 6

Strona 1

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

<b>ZAKŁAD UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH</b>	<b>ZUS</b>	<b>DRA</b>	strona: <b>1</b>	<b>DEKLARACJA ROZLICZENIOWA</b>		
<b>I. DANE ORGANIZACYJNE</b>						
01. Termin przysyłania deklaracji i raportów <sup>1)</sup>		02. Identyfikator deklaracji (numer / mm / rrrr) <sup>1)</sup>		40 01 2008		
03. Data nadania (dd / mm / rrrr)		04. Nalepka "R"				
<b>II. DANE IDENTYFIKACYJNE PLATNIKA SKŁADEK</b>						
01. NIP (wpisać bez kresek)		02. REGON				
65 43 21 02 54						
03. PESEL		INNY NUMER		05. Seria i numer dokumentu		
5 5 0 5 0 5 8 6 3 9 1		04. Rodzaj dokumentu: jeśli dowód osobisty, wpisać 1, jeśli paszport - 2				
06. Nazwa skrócona		07. Nazwisko				
		NOWAK				
08. Imię pierwsze		09. Data urodzenia (dd / mm / rrrr)				
ADAM		05 05 19 55				
<b>III. INNE INFORMACJE</b>						
01. Liczba ubezpieczonych		02. Liczba pracowników w przeliczeniu na pełny wymiar czasu pracy		03. Wniosek pracodawcy o dofinansowanie składek za osoby niepełnosprawne ze środków PFRON i budżetu państwa <sup>1)</sup>		
1		5				
				04. Stopa procentowa składek na ubezpieczenie wypadkowe		
				5 %		
<b>IV. ZESTAWIENIE NALEŻNYCH SKŁADEK NA UBEZPIECZENIA SPOŁECZNE ORAZ ŹRÓDEŁ FINANSOWANIA</b>						
SUMY SKŁADEK	01. Kwota składek na ubezpieczenie emerytalne		02. Kwota składek na ubezpieczenia rentowe		03. Suma kwot składek na ubezpieczenia emerytalne i rentowe (p. 01 + p. 02)	
	zł	gr	zł	gr	zł	gr
SKŁADKI FINANSOWANE PRZEZ:						
ubezpieczonych	04.		05.		06. (p. 04 + p. 05)	
	zł, gr		zł, gr		zł, gr	
platnika	07.		08.		09. (p. 07 + p. 08)	
	zł, gr		zł, gr		zł, gr	
budżet państwa	10.		11.		12. (p. 10 + p. 11)	
	zł, gr		zł, gr		zł, gr	
PFRON	13.		14.		15. (p. 13 + p. 14)	
	zł, gr		zł, gr		zł, gr	
Fundusz Kościelny	16.		17.		18. (p. 16 + p. 17)	
	zł, gr		zł, gr		zł, gr	
SUMY SKŁADEK	19. Kwota składek na ubezpieczenie chorobowe		20. Kwota składek na ubezpieczenie wypadkowe		21. Suma kwot składek na ubezpieczenia chorobowe i wypadkowe (p. 19 + p. 20)	
	zł	gr	zł	gr	zł	gr
SKŁADKI FINANSOWANE PRZEZ:						
ubezpieczonych	22.		23.		24. (p. 22 + p. 23)	
	zł, gr		zł, gr		zł, gr	
platnika	25.		26.		26. (= p. 25)	
	zł, gr		zł, gr		zł, gr	
PFRON	27.		28.		29. (p. 27 + p. 28)	
	zł, gr		zł, gr		zł, gr	
Fundusz Kościelny	30.		31.		31. (= p. 30)	
	zł, gr		zł, gr		zł, gr	
32. Kwota składek na ubezpieczenia społeczne, które powinien przekazać płatnik (p. 06 + p. 09 + p. 24 + p. 26)						
zł, gr						
V. ZESTAWIENIE WYPŁACONYCH ŚWIADCZEŃ PODLEGAJĄCYCH ROZLICZENIU W CIĘŻAR SKŁADEK NA UBEZPIECZENIA SPOŁECZNE						
01. Kwota wypłaconych świadczeń z ubezpieczenia chorobowego	zł, gr	03. Kwota wypłaconych świadczeń z ubezpieczenia wypadkowego	zł, gr			
02. Kwota wynagrodzenia należnego płatnikowi od wypłaconych świadczeń z ubezpieczenia chorobowego	zł, gr	04. Kwota wypłaconych świadczeń finansowanych z budżetu państwa	zł, gr			
		05. Łączna kwota do potrącenia (p. 01 + p. 02 + p. 03 + p. 04)	zł, gr			
VI. ROZLICZENIE CZĘŚCI IV I V						
01. Kwota do zwrotu przez ZUS: (p.V. 05 - p.IV. 32)	zł, gr					
02. Kwota do zapłaty przez płatnika: (p. IV. 32 - p.V. 05)	zł, gr					

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

<b>ZAKŁAD UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH</b>	<b>ZUS DRA</b>	strona <b>2</b>	<b>DEKLARACJA ROZLICZENIOWA</b>
---------------------------------------	----------------	-----------------	---------------------------------

**VII. ZESTAWIENIE NALEŻNYCH SKŁADEK NA UBEZPIECZENIE ZDROWOTNE**

01. Kwota należnych składek do przekazania przez płatnika

02. Kwota należnych składek finansowana przez Fundusz Kościelny

03. Kwota należnego wynagrodzenia dla płatnika

04. Kwota do zapłaty (p.01 - p.03)

**VIII. ZESTAWIENIE NALEŻNYCH SKŁADEK NA FP I FGŚP**

01. Kwota należnych składek na Fundusz Pracy

02. Kwota należnych składek na Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych

03. Kwota do zapłaty (p.01 + p.02)

**IX. ŁĄCZNA SUMA KWOT DO ZAPŁATY**

01. Łączna suma kwot do zapłaty (p.VI.02 + p.VII.04 + p.VIII.03)

**X.**

01.

02.

03.

04.

**XI. DEKLARACJA DOCHODU** (wypełniają osoby, które opłacają składki wyłącznie za siebie)

01. Kod tytułu ubezpieczenia <sup>1)</sup>

02. Podstawa wymiaru składek na ubezpieczenia emerytalne i rentowe

03. Podstawa wymiaru składek na ubezpieczenia chorobowe i wypadkowe

04. Podstawa wymiaru składek na ubezpieczenie zdrowotne

05. Informacja o przekroczeniu rocznej podstawy wymiaru składek na ubezpieczenia emerytalne i rentowe <sup>1)</sup>

**XII. OŚWIADCZENIE PŁATNIKA SKŁADEK**

01. Liczba kartek raportu ZUS RCA

02.

03. Liczba kartek raportu ZUS RZA

04. Liczba kartek raportu ZUS RSA

05.

06. Łączna liczba kartek raportów (p. 01 + p. 03 + p. 04)

07.

08. 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.

09. Pieczętka imienna oraz podpis Głównego Księgowego	10. Pieczętka płatnika i podpis płatnika lub osoby upoważnionej  <i>Adam Nowak.</i>
---	---

**Pouczenie:** W wypadku niewpłacenia w obowiązującym terminie kwot z poz. VI.02, poz. VII.04, poz. VIII.03 lub wpłacania ich w niepełnej wysokości, niniejsza deklaracja stanowi podstawę do wystawienia tytułu wykonawczego, zgodnie z przepisami ustawy z dnia 17 czerwca 1966r. o postępowaniu egzekucyjnym w administracji (Dz.U. z 2002r. Nr 110, poz. 968, z późn. zm.).

**XIII. ADNOTACJE ZUS**

<sup>1)</sup> Wpisać odpowiedni kod zgodnie z instrukcją.

ZUS - P (Nw/04), Zam. 3009/07, WP w Koroniu.