

ZAKŁAD UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH **ZUS ZWUA** WYREJESTROWANIE Z UBEZPIECZEŃ

**I. DANE ORGANIZACYJNE**

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

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<sup>2)</sup>

Rodzaje ubezpieczeń (wpisać X w odpowiednim polu)	Od dnia (dd / mm / rrrr)	Kod przyczyny wyrejestrowania <sup>2)</sup>
02. Emerytalne <input type="checkbox"/>	03. <input type="text"/>	04. <input type="text"/>
05. Rentowe <input type="checkbox"/>	06. <input type="text"/>	07. <input type="text"/>
08. Chorobowe <input type="checkbox"/>	09. <input type="text"/>	10. <input type="text"/>
11. Wypadkowe <input type="checkbox"/>	12. <input type="text"/>	13. <input type="text"/>
14. Zdrowotne <input type="checkbox"/>	15. <input type="text"/>	16. <input type="text"/>

**V.**

01.  02.

**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. Pieczęćka płatnika

**VII. OŚWIADCZENIE OSOBY WYREJESTROWYWANEJ Z UBEZPIECZEŃ**

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