

I. DANE ORGANIZACYJNE
 01. ZGŁOSZENIE DO UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH I DO UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO ¹⁾
 02. ZGŁOSZENIE DO UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH ²⁾
 03. ZGŁOSZENIE ZMIANY (wpisać - 1) / KOREKTY (wpisać - 2) DANYCH OSOBY UBEZPIECZONEJ (nie dotyczy zmiany danych identyfikacyjnych) ²⁾
 04. Data nadania (dd / mm / rrrr)
 05. Nalepka ¹⁾

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 ZGŁASZANEJ DO 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. DANE EWIDENCYJNE OSOBY ZGŁASZANEJ DO UBEZPIECZEŃ
 01. Imię drugie
 02. Nazwisko rodowe
 03. Obywatelstwo
 04. Płeć (wpisać: K – kobieta, M – mężczyzna)
 05. Czy cudzoziemiec posiada kartę stałego pobytu? Jeśli TAK, wpisać X.
 06. Czy cudzoziemiec posiada kartę czasowego pobytu wydaną w związku z udzieleniem statusu uchodźcy? Jeśli TAK, wpisać X.

V. TYTUŁ UBEZPIECZENIA
 01. Kod tytułu ubezpieczenia ^{3),4)}
 02. Okres, na jaki orzeczony został stopień niepełnosprawności (dd / mm / rrrr)

VI. DANE O OBOWIĄZKOWYCH UBEZPIECZENIACH SPOŁECZNYCH
 01. Wymiar czasu pracy obowiązkowego ubezpieczeń (dd / mm / rrrr)
 02. Data powstania obowiązkowego ubezpieczeń (dd / mm / rrrr)
 Osoba zgłaszana podlega ubezpieczeniami: (wpisać X w odpowiednim polu)
 03. Emerytalnemu
 04. Rentowemu
 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)
 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 ⁵⁾ (dd / mm / rrrr)
 02. Kwota pierwszej składki ⁶⁾ zł, gr

X. INNE DANE O OSOBIE ZGŁASZANEJ DO UBEZPIECZEŃ
 01. Jestem spokrewniony(a) / spowinowacony(a) z Pracodawcą / Zleceniodawcą / Osobą prowadzącą pozarolniczą działalność. Jeśli TAK, wpisać kod pokrewieństwa / powinowactwa ³⁾
 02. Pozostaję we wspólnym gospodarstwie domowym z Pracodawcą / Zleceniodawcą / Osobą prowadzącą pozarolniczą działalność. Jeśli TAK, wpisać X.
 03. Kod stopnia niezdolności do pracy ³⁾
 04. Okres, na jaki orzeczony został stopień niezdolności do pracy (dd / mm / rrrr)
 05. Kod wykonywanego zawodu ³⁾
 06. Kod stanowiska / pracy górniczey ³⁾
 07. Okres pracy górniczey
 08. Kod wykształcenia ³⁾



