

ZAKŁAD UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH **ZUS ZWUA** WYREJESTROWANIE Z 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) **5250011266** 02. REGON **000001258**

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

06. Nazwa skrócona **UNI WERSYTET WARSZAWSKI**

07. Nazwisko **KRAKOWSKIE PRZEDMIĘSCIE 26/28**

08. Imię pierwsze **00-927 WARSZAWA** 09. Data urodzenia (dd / mm / rrrr)

III. DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY WYREJESTROWYWANEJ Z UBEZPIECZEŃ

01. PESEL **82030201077** 02. NIP (wpisać bez kresek) **5223451234** 03. Rodzaj dokumentu (wypełnić jak pole II.04) **1** 04. Seria i numer dokumentu **BAC125674**

05. Nazwisko **KOWALSKA**

06. Imię pierwsze **ANNA** 07. Data urodzenia (dd / mm / rrrr) **02 03 1982**

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⁾
<input type="checkbox"/>	02. Emerytalne <input type="checkbox"/>	03. <input type="text"/>	04. <input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	05. Rentowe <input type="checkbox"/>	06. <input type="text"/>	07. <input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	08. Chorobowe <input type="checkbox"/>	09. <input type="text"/>	10. <input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	11. Wypadkowe <input type="checkbox"/>	12. <input type="text"/>	13. <input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	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 **Anna Kowalska**

VIII. ADNOTACJE ZUS

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