

WNIOSEK
O WYRAŻENIE ZGODY NA OPŁACENIE SKŁADEK PO TERMINIE NA UBEZPIECZENIE
 EMERYTALNE I RENTOWE
 CHOROBOWE
Instrukcja wypełniania

Jesteś osobą, która utraciła dobrowolne ubezpieczenie (emerytalne i rentowe albo chorobowe), ponieważ składka została opłacona po terminie lub w niepełnej wysokości?

Wypełnij ten wniosek i wskaż w nim, dlaczego składki nie zostały opłacone w terminie.
Będziemy wtedy mogli ocenić, czy możemy zgodzić się na opłacenie tych składek po terminie.

Jeśli wniosek rozpatrzemy pozytywnie, Twoje ubezpieczenie emerytalne i rentowe albo ubezpieczenie chorobowe nie ustaną.

1. Wypełnij **WIELKIMI LITERAMI**
2. Pola wyboru zaznacz znakiem **X**
3. Wypełnij kolorem czarnym lub niebieskim (nie ołówkiem)
4. We wniosku podaj **adres do korespondencji** w tej sprawie

Dane wnioskodawcy

Numer PESEL

 Rodzaj, seria i numer dokumentu
potwierdzającego tożsamość

Jeśli nie masz numeru PESEL, podaj serię i numer innego dokumentu

Imię

Nazwisko

Ulica

Numer domu

Numer lokalu

Kod pocztowy

Miejscowość

Nazwa państwa

Podaj, jeśli Twój adres jest inny niż polski

Numer telefonu

Podaj numer telefonu – to ułatwi nam kontakt w Twojej sprawie
Dane płatnika składek
Wypełnij, jeśli nie jesteś płatnikiem składek na własne ubezpieczenia

NIP

Nazwa albo imię i nazwisko płatnika składek

Okresy, których dotyczy wnioszek

Uzasadnienie wniosku

Wskaż okoliczności, które spowodowały opłacenie składek po terminie

Sposób odbioru odpowiedzi

- w placówce ZUS (osobiście lub przez osobę upoważnioną)
- pocztą na adres wskazany we wniosku
- na moim koncie na Platformie Usług Elektronicznych (PUE ZUS)

Data

dd	/	mm	/	rrrr			

Czytelny podpis