

Guide pratique pour les employeurs étrangers n'ayant pas leur siège social ni bureau de représentation en Pologne



ZAKŁAD
UBEZPIECZEŃ
SPOŁECZNYCH

Guide pratique pour les employeurs étrangers n'ayant pas leur siège social ni bureau de représentation en Pologne

WWW.ZUS.PL



Zakład Ubezpieczeń Społecznych
ul. Szamocka 3, 5
01-748 Warszawa



ZAKŁAD
UBEZPIECZEŃ
SPOŁECZNYCH

PARTIE 1

1.	Introduction	5
2.	Où pouvez-vous vous adresser	5
3.	Si vous n'avez pas votre numéro NIP	5
4.	Si vous avez votre numéro NIP	6
	Numéro de compte bancaire individuel (NRS)	6
5.	Comment demander votre enregistrement en tant que cotisant au régime de sécurité sociale	6
5.1.	Comment remplir le formulaire ZUS ZFA (personne physique) – Demande d'enregistrement du cotisant	6
	Partie I. INFORMATION GÉNÉRALE	7
	Partie II. IDENTIFICATION DU COTISANT	7
	Partie III. IDENTIFICATION DU COTISANT – SUITE	8
	Partie IV. BASE POUR L'EXERCICE D'UNE ACTIVITÉ NON AGRICOLE	8
	Partie V. INFORMATIONS SUR LE COMPTE BANCAIRE DU COTISANT	8
	Partie VI. ADRESSE DE DOMICILIATION DU COTISANT	8
	Partie VII. ADRESSE DE RÉSIDENCE DU COTISANT	9
	Partie VIII. ADRESSE DE CORRESPONDANCE DU COTISANT	9
	Partie IX. INFORMATIONS SUR LE CABINET COMPTABLE	10
	Partie X. DÉCLARATION SUR L'HONNEUR DU COTISANT	10
5.2.	Comment remplir le formulaire ZUS ZPA (personne morale) – Demande d'enregistrement du cotisant	10
	Partie I. INFORMATION GÉNÉRALE	11
	Partie II. IDENTIFICATION DU COTISANT	11
	Partie III. IDENTIFICATION DU COTISANT – SUITE	11
	Partie IV. INFORMATIONS SUR LE COMPTE BANCAIRE DU COTISANT	12
	Partie V. ADRESSE DE DOMICILIATION DU COTISANT	12
	Partie VI. ADRESSE DE CORRESPONDANCE DU COTISANT	13
	Partie VII. INFORMATIONS SUR LE CABINET COMPTABLE	13
	Partie VIII. DÉCLARATION SUR L'HONNEUR DU COTISANT	14
6.	Comment demander votre radiation, en tant que cotisant, du régime de sécurité sociale	14
6.1.	Comment remplir le formulaire ZUS ZWPA – Demande de radiation du cotisant	14
	Partie I. INFORMATION GÉNÉRALE	14
	Partie II. IDENTIFICATION DU COTISANT	15
	Partie III. INFORMATIONS SUR LA RADIATION DU COTISANT	15
	Partie IV. DÉCLARATION SUR L'HONNEUR DU COTISANT	16
7.	Comment demander l'affiliation de votre salarié / preneur d'ordres au régime de sécurité sociale	16
7.1.	Comment demander l'affiliation d'un salarié au régime de sécurité sociale	16
	Partie I. INFORMATION GÉNÉRALE	17
	Partie II. IDENTIFICATION DU COTISANT	17
	Partie III. IDENTIFICATION DE LA PERSONNE AFFILIÉE AU RÉGIME DE SÉCURITÉ SOCIALE	18
	Partie IV. IDENTIFICATION DE LA PERSONNE AFFILIÉE AU RÉGIME DE SÉCURITÉ SOCIALE – SUITE	18
	Partie V. INFORMATIONS SUR LA SÉCURITÉ SOCIALE	18
	Partie VI. INFORMATIONS SUR L'ASSURANCE SOCIALE À TITRE OBLIGATOIRE	19
	Partie VII. INFORMATIONS SUR L'ASSURANCE SANTÉ À TITRE OBLIGATOIRE	19
	Partie VIII. INFORMATIONS SUR L'ASSURANCE SOCIALE À TITRE VOLONTAIRE	20
	Partie IX. INFORMATIONS SUR L'ASSURANCE SANTÉ À TITRE VOLONTAIRE	20
	Partie X. AUTRES INFORMATIONS SUR LA PERSONNE AFFILIÉE AU RÉGIME DE SÉCURITÉ SOCIALE	20
	Partie XI. ADRESSE DE DOMICILE DE L'ASSURÉ	20
	Partie XII. ADRESSE DE RÉSIDENCE DE L'ASSURÉ	21
	Partie XIII. ADRESSE DE CORRESPONDANCE DE L'ASSURÉ	21
	Partie XIV. DÉCLARATION SUR L'HONNEUR DU COTISANT	21
7.2.	Comment demander l'affiliation d'un preneur d'ordres pour qui le contrat conclu avec vous constitue un seul droit à l'assurance	22
	Partie I. INFORMATION GÉNÉRALE	22
	Partie II. IDENTIFICATION DU COTISANT	23
	Partie III. IDENTIFICATION DE LA PERSONNE AFFILIÉE AU RÉGIME DE SÉCURITÉ SOCIALE	23

Partie IV. IDENTIFICATION DE LA PERSONNE AFFILIÉE AU RÉGIME DE SÉCURITÉ SOCIALE – SUITE	24
Partie V. INFORMATIONS SUR LA SÉCURITÉ SOCIALE	24
Partie VI. INFORMATIONS SUR L'ASSURANCE SOCIALE À TITRE OBLIGATOIRE	24
Partie VII. INFORMATIONS SUR L'ASSURANCE SANTÉ À TITRE OBLIGATOIRE	25
Partie VIII. INFORMATIONS SUR L'ASSURANCE SOCIALE À TITRE VOLONTAIRE	25
Partie IX. INFORMATIONS SUR L'ASSURANCE SANTÉ À TITRE VOLONTAIRE	25
Partie X. AUTRES INFORMATIONS SUR LA PERSONNE AFFILIÉE AU RÉGIME DE SÉCURITÉ SOCIALE	26
Partie XI. ADRESSE DE DOMICILE DE L'ASSURÉ	26
Partie XII. ADRESSE DE RÉSIDENCE DE L'ASSURÉ	26
Partie XIII. ADRESSE DE CORRESPONDANCE DE L'ASSURÉ	27
Partie XIV. DÉCLARATION SUR L'HONNEUR DU COTISANT	27
7.3. Comment demander l'affiliation d'un preneur d'ordres qui a un autre droit à l'assurance	28
Partie I. INFORMATION GÉNÉRALE	28
Partie II. IDENTIFICATION DU COTISANT	28
Partie III. IDENTIFICATION DE LA PERSONNE AFFILIÉE AU RÉGIME DE SÉCURITÉ SOCIALE	29
Partie IV. IDENTIFICATION DE LA PERSONNE AFFILIÉE AU RÉGIME DE SÉCURITÉ SOCIALE – SUITE	30
Partie V. INFORMATIONS SUR LA SÉCURITÉ SOCIALE	30
Partie VI. INFORMATIONS SUR L'ASSURANCE SANTÉ À TITRE OBLIGATOIRE	30
Partie VII. INFORMATIONS SUR L'ASSURANCE SANTÉ À TITRE VOLONTAIRE	31
Partie VIII. ADRESSE DE DOMICILE DE L'ASSURÉ	31
Partie IX. ADRESSE DE RÉSIDENCE DE L'ASSURÉ	31
Partie X. ADRESSE DE CORRESPONDANCE DE L'ASSURÉ	32
Partie XI. DÉCLARATION SUR L'HONNEUR DU COTISANT	32

PARTIE 2

8. Comment demander la radiation de votre salarié / preneur d'ordres du régime de sécurité sociale	34
Partie I. INFORMATION GÉNÉRALE	34
Partie II. IDENTIFICATION DU COTISANT	34
Partie III. IDENTIFICATION DE LA PERSONNE RADIÉE DU RÉGIME DE SÉCURITÉ SOCIALE	35
Partie IV. RADIATION DU RÉGIME DE SÉCURITÉ SOCIALE	35
Partie V. RÉLIATION / FIN DU CONTRAT DE TRAVAIL / DE SERVICES	35
Partie VI. DÉCLARATION SUR L'HONNEUR DU COTISANT	36
Partie VII. DÉCLARATION DE LA PERSONNE RADIÉE DU RÉGIME DE SÉCURITÉ SOCIALE	36
9. Comment calculer les charges patronales et salariales	37
9.1. Comment calculer les cotisations dues	37
9.1.1. Base du calcul de l'assurance sociale	37
9.1.2. Base du calcul de l'assurance santé	38
9.1.3. Montant de la cotisation au Fonds du travail et au Fonds de solidarité	38
9.1.4. Montant de la cotisation au Fonds de pension de transition	39
9.2. Quels formulaires remplir	39
9.2.1. Comment remplir le formulaire ZUS DRA	40
Partie I. INFORMATION GÉNÉRALE	40
Partie II. IDENTIFICATION DU COTISANT	40
Partie III. AUTRES INFORMATIONS	41
Partie IV. DÉCOMPTE DES COTISATIONS DUES A LA SÉCURITÉ SOCIALE ET DES SOURCES DE FINANCEMENT	41
Partie V. DÉCOMPTE DES PRESTATIONS PAYÉES SOUMISES A LA DÉCLARATION AU TITRE DES COTISATIONS A L'ASSURANCE SOCIALE	42
Partie VI. DÉCOMPTE DES COTISATIONS DUES A L'ASSURANCE SANTÉ	43
Partie VII. DÉCOMPTE DES COTISATIONS DUES AU FONDS DU TRAVAIL ET AU FONDS DES PRESTATIONS SOCIALES GARANTIES	43
Partie VIII. DÉCOMPTE DES COTISATIONS DUES AU FONDS DE PENSION DE TRANSITION	43
Partie IX. DÉCOMPTE DES COTISATIONS À REMBOURSER / À VERSER	43
Partie X. DÉCLARATION DES REVENUES	44
Partie XI. DÉCLARATION SUR L'HONNEUR DU COTISANT	44
9.2.2. Comment remplir le rapport personnel ZUS RCA	44
Partie I. INFORMATION GÉNÉRALE	44
Partie II. IDENTIFICATION DU COTISANT	45
Partie III. INFORMATIONS SUR LA PERSONNE ASSURÉE	45

Partie III. A. IDENTIFICATION DE LA PERSONNE ASSURÉE	45
Partie III. B. DÉCOMPTE DES COTISATIONS DUES A L'ASSURANCE SOCIALE	46
Partie III. C. DÉCOMPTE DES COTISATIONS DUES A L'ASSURANCE SANTÉ	46
Partie III. D. DÉCOMPTE DES PRESTATIONS PAYÉES DU BUDGET D'ÉTAT	47
Partie IV. INFORMATIONS SUR LA PERSONNE ASSURÉE	47
Partie V. DÉCLARATION SUR L'HONNEUR DU COTISANT	48
9.2.3. Comment remplir le rapport personnel ZUS RPA	48
Partie I. INFORMATION GÉNÉRALE	48
Partie II. IDENTIFICATION DU COTISANT	48
Partie III. INFORMATIONS SUR LA PERSONNE ASSURÉE	49
Partie III. A. IDENTIFICATION DE LA PERSONNE ASSURÉE	49
Partie III B. MONTANT DES REVENUS PAYÉES AU COURS D'UN MOIS, MAIS DUS POUR UNE AUTRE ANNÉE CIVILE, QUI CONSTITUE LA BASE DU CALCUL DES COTISATIONS AUX ASSURANCES VIEILLESSE ET INVALIDITÉ	49
Partie III C. MONTANT DES REVENUS PAYÉES AU COURS D'UN MOIS, MAIS DUS POUR UNE AUTRE ANNÉE CIVILE, QUI CONSTITUE LA BASE DU CALCUL DES COTISATIONS A L'ASSURANCE ACCIDENT	50
Partie III D. MONTANT DES REVENUES PAYÉES AU COURS D'UN MOIS (OUTRE INDEMNITÉ D'INCAPACITÉ DE TRAVAIL, MALADIE, MATERNITÉ, SOINS, INDEMNITÉ DE RÉADAPTATION) QUI AU MOMENT DE LEUR PERCEPTION NE SERVAIENT PAS DE BASE DU CALCUL DES COTISATIONS AUX ASSURANCES VIEILLESSE ET INVALIDITÉ	50
Partie III E. MONTANT DES REVENUES PAYÉES AU COURS D'UN MOIS (OUTRE INDEMNITÉ D'INCAPACITÉ DE TRAVAIL, MALADIE, MATERNITÉ, SOINS, INDEMNITÉ DE RÉADAPTATION) QUI AU MOMENT DE LEUR PERCEPTION NE SERVAIENT PAS DE BASE DU CALCUL DES COTISATIONS AUX ASSURANCES VIEILLESSE ET INVALIDITÉ ET QUI SONT DUS POUR UNE AUTRE ANNÉE CIVILE	50
Partie III F. PÉRIODES DE TRAVAIL DE L'ASSURÉ EN TANT QU'ENSEIGNANT	51
Partie IV. DÉCLARATION SUR L'HONNEUR DU COTISANT	51
9.2.4. Comment remplir le rapport personnel ZUS RZA	51
Partie I. INFORMATION GÉNÉRALE	52
Partie II. IDENTIFICATION DU COTISANT	52
Partie III. INFORMATIONS SUR LA PERSONNE ASSURÉE	52
Partie III. A. IDENTIFICATION DE LA PERSONNE ASSURÉE	52
Partie III B. DÉCOMPTE DES COTISATIONS A L'ASSURANCE SANTÉ	53
Partie IV. INFORMATIONS SUR LA PERSONNE ASSURÉE	53
Partie VIII. DÉCLARATION SUR L'HONNEUR DU COTISANT	53
9.2.5. Comment remplir le rapport personnel ZUS RSA	54
Partie I. INFORMATION GÉNÉRALE	54
Partie II. IDENTIFICATION DU COTISANT	54
Partie III. INFORMATIONS SUR LA PERSONNE ASSURÉE	55
Partie III. A. IDENTIFICATION DE LA PERSONNE ASSURÉE	55
Partie III B. TYPES ET PÉRIODES DE RUPTURE DANS LE VERSEMENT DES COTISATIONS ET DÉCOMPTE DES PRESTATIONS PAYÉES / INDEMNITÉS MALADIE	55
Partie IV. INFORMATIONS SUR LA PERSONNE ASSURÉE	56
Partie XI. DÉCLARATION SUR L'HONNEUR DU COTISANT	56
9.3. Quand déposer les déclarations et verser les cotisations	56
9.4. Comment verser les cotisations	56
9.5. Comment calculer le montant des majorations de retard	57
9.6. Comment vérifier le solde de votre compte ZUS	57
10. Comment transmettre les formulaires	58
11. Comment désigner un mandataire pour qu'il remplisse et dépose les formulaires ZUS à votre nom	58
12. Base légale	59
13. Informations utiles	59
14. Les codes pays à deux lettres	61

1. INTRODUCTION

Ce guide pratique est destiné aux employeurs étrangers n'ayant pas en Pologne leur siège social ni bureau de représentation, mais employant un personnel soumis à la législation polonaise en matière de sécurité sociale. Il a pour objectif de présenter toutes les obligations de l'employeur étranger, tenu de verser les cotisations sociales. Il précise comment procéder à :

- déposer une demande de votre enregistrement, en tant que cotisant, au régime de sécurité sociale polonais,
- la demande d'affiliation de vos salariés et preneurs d'ordres au régime de sécurité sociale,
- la déclaration et le versement des charges patronales et salariales.

Le cotisant est, entre autres, un entrepreneur qui verse des charges patronales et salariales pour :

- **salariés**, à savoir les personnes qui sont employées en vertu d'un contrat de travail ;
- **preneurs d'ordres**, à savoir les personnes qui sont engagées en vertu d'un contrat de mandat (umowa zlecenia), d'un contrat d'agence (umowa agencyjna) ou d'un contrat de prestation de services (umowa o świadczenie usług).

2. OÙ POUVEZ-VOUS VOUS ADRESSER

I Oddział ZUS w Warszawie, ul. Senatorska 6/8, 00-917 Warszawa agence ZUS, qui a pour mission tout soutien aux employeurs étrangers en matière de sécurité sociale. C'est là où vous envoyez toutes les demandes et déclarations.

Si vous engagez une personne qui :

- travaille pour vous, mais hors du territoire de la Pologne, et qui dispose d'une attestation A1, prouvant qu'elle est affiliée au régime de sécurité sociale polonais,
 - travaille pour vous sur le territoire de la Pologne,
- vous devez procéder à votre enregistrement, en tant que cotisant, au régime de sécurité sociale polonais.



IMPORTANT

Pour tout contact avec le ZUS, vous utilisez votre numéro d'identification fiscale (NIP), attribué par le bureau des impôts.

3. SI VOUS N'AVEZ PAS VOTRE NUMÉRO NIP

Si vous n'avez pas encore votre numéro NIP, adressez-vous au chef **du deuxième bureau des impôts Warszawa-Śródmieście, ul. Jagiellońska 15, 03-719 Warszawa**.

Ensuite, faites parvenir les documents suivants :

- **en cas de personne physique exerçant son activité :**
 - formulaire [NIP-7](#) dûment rempli,
 - confirmation de votre activité, enregistrée dans le pays d'établissement,
 - lettre d'accompagnement indiquant la raison pour laquelle vous sollicitez l'attribution d'un numéro NIP,
 - procuration accompagnée d'un droit de timbre, si la demande d'attribution d'un numéro NIP est signé par votre mandataire.
- **en cas de personne morale :**
 - formulaire [NIP-2](#) dûment rempli,
 - extrait du registre du commerce et des sociétés ou tout autre document confirmant l'immatriculation de votre société,

- lettre d'accompagnement indiquant la raison pour laquelle vous sollicitez l'attribution d'un numéro NIP,
- procuration accompagnée d'un droit de timbre, si la demande d'attribution d'un numéro NIP est signé, en guise de la personne indiquée au registre, par un mandataire.



IMPORTANT Tous les documents doivent être traduits en polonais par un traducteur assermenté. Vous déposez l'original de la traduction.

Remplissez le formulaire NIP-7 ou NIP-2 conformément aux instructions données dans le formulaire. Déposez le formulaire dûment rempli et signé ou envoyez-le par poste au chef du deuxième bureau des impôts Warszawa-Śródmieście.

Vous trouverez plus d'informations sur la procédure d'attribution de votre numéro de NIP sur le site : <http://www.podatki.gov.pl/abc-podatkow/rejestracja-podatnikow/>.

4. SI VOUS AVEZ VOTRE NUMÉRO NIP

Si vous avez votre numéro NIP, déposez, en tant que cotisant, à l'Oddział ZUS à Varsovie le formulaire :

- [ZUS ZFA](#) – lorsque vous êtes une personne physique exerçant en tant qu'indépendant,
- [ZUS ZPA](#) – lorsque vous êtes une personne morale ou une organisation n'ayant pas de personnalité juridique.

Déposez le formulaire dans les 7 jours suivant l'engagement de votre premier employé soumis à la réglementation polonaise.



IMPORTANT Les formulaires ZUS ZFA et ZUS ZPA doivent être accompagnés d'une copie de l'attribution de votre numéro NIP.

Numéro de compte bancaire individuel (NRS)

Une fois la demande de votre enregistrement en tant que cotisant au régime de sécurité sociale polonais déposée, nous vous envoyons une lettre avec votre numéro de compte bancaire individuel (NRS) sur lequel vous versez les cotisations.

5. COMMENT DEMANDER VOTRE ENREGISTREMENT EN TANT QUE COTISANT AU RÉGIME DE SÉCURITÉ SOCIALE

Si vous êtes une personne physique, vous remplissez le formulaire ZUS ZFA. Si vous êtes une personne morale ou une organisation sans personnalité juridique, vous remplissez le formulaire ZUS ZPA.

5.1. COMMENT REMPLIR LE FORMULAIRE ZUS ZFA (PERSONNE PHYSIQUE) – DEMANDE D'ENREGISTREMENT DU COTISANT

Nous présentons ci-dessous comment remplir le formulaire [ZUS ZFA](#) – Demande d'enregistrement / de modification de données du cotisant étant une personne physique.

- ➔ **Champ 08** – Complétez le code de votre pays d'origine (deux lettres) et le code postal à l'étranger.
- ➔ **Champ 09** – Complétez une adresse électronique.

VI. ADRES SIEDZIBY PŁATNIKA SKŁADEK

01. Kod pocztowy 02. Miejscowość

03. Gmina / Dzielnica

04. Ulica

05. Numer domu 06. Numer lokalu

07. Numer telefonu 08. Symbol państwa - zagraniczny kod pocztowy (wypełnić w przypadku, gdy adres jest inny niż polski)

09. Adres poczty elektronicznej

10. Czy adres prowadzenia działalności gospodarczej jest inny niż adres siedziby płatnika składek?
Jeśli TAK, wpisać X i wypełnić formularz ZUS ZAA

MIUNCHEN
NIEMCY
STEPHANSPLATZ
17 / 19
DE - 1111111111

Partie VII. ADRESSE DE RÉSIDENCE DU COTISANT

Vous remplissez cette partie uniquement si l'adresse de votre résidence en tant que cotisant est différente de l'adresse de domiciliation, renseignée dans la partie VI « Adresse de domiciliation du cotisant ».

- ➔ **Champs 01 à 08** – Remplissez comme la partie VI.

PLATNIK WYPEŁNIA POLA W WYZNACZONYCH KRATKACH KOMPUTEROWO, NA MASZYNIE LUB RĘCZNIE
DUŻYMI DRUKOWANYMI LITERAMI, CZARNYM LUB NIEBIESKIM KOLOREM.

ZAKŁAD UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH **ZUS ZFA** strona: 2 **ZGŁOSZENIE / ZMIANA DANYCH PŁATNIKA SKŁADEK - OSOBY FIZYCZNEJ**

VII. ADRES ZAMIESZKANIA PŁATNIKA SKŁADEK (wpisać, jeśli adres zamieszkania jest inny niż adres siedziby płatnika składek)

01. Kod pocztowy 02. Miejscowość

03. Gmina / Dzielnica

04. Ulica

05. Numer domu 06. Numer lokalu

07. Numer telefonu 08. Symbol państwa - zagraniczny kod pocztowy (wypełnić w przypadku, gdy adres jest inny niż polski)

Partie VIII. ADRESSE DE CORRESPONDANCE DU COTISANT

Vous remplissez cette partie uniquement si vous souhaitez recevoir toute correspondance à l'adresse autre que celle renseignée dans la partie VI « Adresse de domiciliation du cotisant ».

- ➔ **Champ 01** – Complétez le code postal, si vous renseignez une adresse en Pologne.
- ➔ **Champ 02** – Complétez la ville.
- ➔ **Champ 03** – Complétez la rue.
- ➔ **Champ 04** – Complétez le numéro du bâtiment.
- ➔ **Champ 05** – Complétez le numéro du local. En son absence, laissez ce champ vide.
- ➔ **Champ 06** – Laissez ce champ vide.
- ➔ **Champ 07** – Complétez le numéro de la boîte postale.
- ➔ **Champ 08** – Complétez le numéro de téléphone précédé de son indicatif, p. ex. 33 423225420. Cette information permet un suivi rapide. Si, en tant que cotisant, vous n'avez pas de téléphone, laissez ce champ vide.
- ➔ **Champ 09** – Complétez le code de votre pays d'origine (deux lettres) et le code postal à l'étranger.
- ➔ **Champ 10** – Complétez une adresse électronique.

VIII. ADRES DO KORESPONDENCJI PŁATNIKA SKŁADEK (wpisać, jeśli adres do korespondencji jest inny niż adres siedziby płatnika składek)

01. Kod pocztowy 02. Miejscowość

03. Ulica

04. Numer domu 05. Numer lokalu 06. Numer telefonu do teletransmisji

07. Skrytka pocztowa 08. Numer telefonu 09. Symbol państwa - zagraniczny kod pocztowy (wypełnić w przypadku, gdy adres jest inny niż polski)

10. Adres poczty elektronicznej

Partie IX. INFORMATIONS SUR LE CABINET COMPTABLE

Remplissez cette partie, si vous avez un expert-comptable polonais.

- ➔ **Champ 01** – Complétez le numéro NIP du cabinet comptable sans espace.
- ➔ **Champ 02** – Complétez le numéro REGON du cabinet comptable (numéro attribué par l'Office central des statistiques (<i>Główny Urząd Statystyczny</i>) et enregistré dans le registre officiel national des entités de l'économie nationale (<i>Krajowy rejestr urzędowy podmiotów gospodarki narodowej</i>)).
- ➔ **Champ 03** – Complétez la dénomination abrégée du cabinet comptable.

IX. DANE O BIURZE RACHUNKOWYM (wpisać, jeśli dokumentację finansowo-księgową prowadzi biuro rachunkowe)

01. Numer NIP (wpisać bez kresek) 02. Numer REGON

7 7 7 7 7 7 7 7 7 7 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1

03. Nazwa skrócona

B I U R O R A C H U N K O W E A S P E K T

Partie X. DÉCLARATION SUR L'HONNEUR DU COTISANT

Dans cette partie :

- ➔ **Champ 01** – Complétez la date d'établissement du formulaire (jour/mois/année), p. ex. 05 01 2019.
- ➔ **Champ 02** – Signez le formulaire en tant que cotisant ; sauf si vous avez autorisé une personne à le signer à votre place (vous confirmez ainsi les informations renseignées).
- ➔ **Champ 03** – Mettez le cachet officiel du cotisant (le cas échéant).

X. OŚWIADCZENIE PŁATNIKA SKŁADEK

01. Data wypełnienia (dd / mm / rrrr)

0 5 0 1 2 0 1 9

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

02. Podpis płatnika lub osoby upoważnionej 03. Pieczęćka płatnika (jeśli posiada)

Anneliese Kramer

5.2. COMMENT REMPLIR LE FORMULAIRE ZUS ZPA (PERSONNE MORALE) – DEMANDE D'ENREGISTREMENT DU COTISANT

Ci-dessous nous présentons comment remplir le formulaire [ZUS ZPA](#) – Demande d'enregistrement / de modification de données du cotisant étant une personne morale ou une organisation sans personnalité juridique.

Téléchargez le formulaire sur le site www.zus.pl. Vous pouvez le remplir sur votre ordinateur ou manuellement. Utilisez les majuscules et n'inscrivez qu'un caractère par case. Écrivez avec un stylo-bille ou un stylo-plume à encre noir ou bleu. N'utilisez pas de caractères spéciaux (p. ex. « », &, =, /, etc.) ni de signes diacritiques (p. ex. É, Ö, etc.).

Partie VIII. DÉCLARATION SUR L'HONNEUR DU COTISANT

Dans cette partie :

- **Champ 01** – Complétez la date d'établissement du formulaire (jour/mois/année), p. ex. 05 01 2019.
- **Champ 02** – Signez le formulaire, sauf si vous avez désigné un mandataire qui peut le signer à votre place.
- **Champ 03** – Mettez le cachet officiel du cotisant (le cas échéant).

VIII. OŚWIADCZENIE PŁATNIKA SKŁADEK	
01. Data wypełnienia (dd / mm / rrrr)	
0 5 0 1 2 0 1 9	
Oświadczam, że dane zawarte w formularzu są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym. Jestem świadomy(-ma) odpowiedzialności karnej za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy.	
02. Podpis płatnika lub osoby upoważnionej	03. Pieczęćka płatnika
<i>Peter Kramer</i>	

6. COMMENT DEMANDER VOTRE RADIATION, EN TANT QUE COTISANT, DU RÉGIME DE SÉCURITÉ SOCIALE

Si vous n'employez plus de salariés soumis à la réglementation polonaise, vous ne devez plus verser de cotisations au régime de sécurité sociale polonais. Demandez votre radiation, en tant que cotisant, par le biais du formulaire [ZUS ZWPA](#) – Demande de radiation du cotisant.

Déposez ce formulaire dans les 7 jours suivant la radiation de votre dernier salarié du régime de sécurité sociale.

6.1. COMMENT REMPLIR LE FORMULAIRE ZUS ZWPA – DEMANDE DE RADIATION DU COTISANT

Nous présentons ci-dessous comment remplir le formulaire ZUS ZWPA – Demande de radiation du cotisant.

Téléchargez le formulaire sur le site www.zus.pl. Vous pouvez le remplir sur votre ordinateur ou manuellement. Utilisez les majuscules et n'inscrivez qu'un caractère par case. Écrivez avec un stylo-bille ou un stylo-plume à encre noir ou bleu. N'utilisez pas de caractères spéciaux (p. ex. « », &, =, /, etc.) ni de signes diacritiques (p. ex. É, Ö, etc.).

Partie I. INFORMATION GÉNÉRALE

Dans cette partie, remplissez juste le champ 01 ou 02.

- Si vous voulez demander votre radiation, en tant que cotisant, mettez un « X » dans le **champ 01**.
- Si vous souhaitez modifier ou rectifier les informations renseignées auparavant dans le formulaire ZUS ZWPA, mettez un « X » dans le **champ 02**.
- **Champs 03 et 04** – Laissez ces champs vides.

PŁATNIK WYPEŁNIA POLA W WYZNACZONYCH KRATKACH KOMPUTEROWO, NA MASZYNIE LUB RĘCZNIE
DUŻYMI DRUKOWANYMI LITERAMI, CZARNYM LUB NIEBIESKIM KOLOREM.

ZAKŁAD UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH	ZUS ZWPA	WYREJESTROWANIE PŁATNIKA SKŁADEK
I. DANE ORGANIZACYJNE		
<input checked="" type="checkbox"/> 01. WYREJESTROWANIE PŁATNIKA SKŁADEK Jeśli TAK, wpisać X.		<input type="checkbox"/> 02. ZGŁOSZENIE KOREKTY DANYCH WYREJESTROWANIA PŁATNIKA SKŁADEK Jeśli TAK, wpisać X.
03. Data nadania (dd / mm / rrrr)		04. Nalepka „R”

Partie II. IDENTIFICATION DU COTISANT

Dans cette partie, complétez les informations que vous avez renseignées dans le formulaire ZUS ZPA ou ZUS ZFA.

- ➔ **Champ 01** – Complétez votre numéro NIP (numéro d'identification fiscale).
- ➔ **Champs 02 et 03** – Laissez ces champs vides.
- ➔ **Champ 04** – Remplissez ce champ, si vous avez déposé le formulaire ZUS ZFA. Mettez un « 2 ».
- ➔ **Champ 05** – Remplissez ce champ, si vous avez déposé le formulaire ZUS ZFA. Complétez la série et le numéro de votre passeport ou toute autre pièce d'identité, au maximum les 9 premières lettres et chiffres sans espaces ni signes de ponctuation.
- ➔ **Champ 06** – Complétez la dénomination abrégée du cotisant, renseignée dans le formulaire ZUS ZFA ou ZUS ZPA.
- ➔ **Champ 07** – Remplissez ce champ, si vous avez déposé le formulaire ZUS ZFA. Complétez le nom du cotisant. Si le nom est composé de deux éléments, séparez-les par un tiret, p. ex. Dupont-Martin.
- ➔ **Champ 08** – Remplissez ce champ, si vous avez déposé le formulaire ZUS ZFA. Complétez le premier prénom du cotisant.
- ➔ **Champ 09** – Remplissez ce champ, si vous avez déposé le formulaire ZUS ZFA. Complétez la date de naissance du cotisant (jour/mois/année) p. ex. 27 11 1975.

II. DANE IDENTYFIKACYJNE PŁATNIKA SKŁADEK	II. DANE IDENTYFIKACYJNE PŁATNIKA SKŁADEK	
	01. Numer NIP (wpisać bez kresek)	02. Numer REGON
	9 9 9 9 9 9 9 9 9 9 9	
	03. Numer PESEL ¹⁾	04. Rodzaj dokumentu: jeśli dowód osobisty, wpisać 1, jeśli paszport - 2
		05. Seria i numer dokumentu
	06. Nazwa skrócona	2 A N 0 0 0 0 0 0 0
	07. Nazwisko	
	K R A M E R	
	08. Imię pierwsze	09. Data urodzenia (dd / mm / rrrr)
A N N E L I E S E	2 7 1 1 1 9 7 5	

Partie III. INFORMATIONS SUR LA RADIATION DU COTISANT

Dans cette partie :

- ➔ **Champ 01** – Complétez un code à trois caractères indiquant un motif de votre radiation:
 - 350 – Radiation de la dernière personne pour laquelle le cotisant déposait des déclarations sociales,
 - 600 – Autre raison de radiation.
- ➔ **Champ 02** – Complétez la date de radiation du cotisant (jour/mois/année) ; cette date doit correspondre à la date de radiation de votre dernier salarié.



EXEMPLE 1

Vous employez un salarié jusqu'au 15 juillet 2019. C'est le dernier jour de votre enregistrement au régime de sécurité sociale en tant que cotisant (si vous n'avez plus d'autres salariés soumis à la réglementation polonaise). Alors, vous indiquez dans le formulaire ZUS ZWPA le 16 juillet 2019 comme la date de radiation.

III. DANE O WYREJESTROWANIU PŁATNIKA SKŁADEK	
01. Kod przyczyny wyrejestrowania	02. Data wyrejestrowania (dd / mm / rrrr)
3 5 0	1 6 0 7 2 0 1 9

Partie IV. DÉCLARATION SUR L'HONNEUR DU COTISANT

Dans cette partie :

- **Champ 01** – Complétez la date d'établissement du formulaire (jour/mois/année), p. ex. 16 07 2019.
- **Champ 02** – Signez le formulaire, sauf si vous avez désigné un mandataire qui peut le signer à votre place.
- **Champ 03** – Mettez le cachet officiel du cotisant (le cas échéant).

<p>IV. OŚWIADCZENIE PŁATNIKA SKŁADEK 01. Data wypełnienia (dd / mm / rrrr)</p> <p>1 6 0 7 2 0 1 9</p> <p>Oświadczam, że dane zawarte w formularzu są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym. Jestem świadomy(-ma) odpowiedzialności karnej za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy.</p>	
<p>02. Podpis płatnika lub osoby upoważnionej</p> <p><i>Anneliese Kramer</i></p>	<p>03. Pieczęćka płatnika</p>



IMPORTANT

Vous êtes cotisant au ZUS depuis le jour d'embauche la première personne soumise à la réglementation polonaise jusqu'au jour où la dernière personne soumise à cette réglementation termine son travail.

Vous demandez votre radiation, en tant que cotisant, par les biais du formulaire ZWPA et ensuite vous embauchez encore une personne soumise également à la réglementation polonaise. Alors, vous redevenez un cotisant au ZUS en redéposant le formulaire ZUS ZFA ou ZUS ZPA.

7. COMMENT DEMANDER L'AFFILIATION DE VOTRE SALARIÉ / PRENEUR D'ORDRES AU RÉGIME DE SÉCURITÉ SOCIALE

Si vous embauchez un personnel soumis à la réglementation polonaise, d'abord vous déposez votre demande d'enregistrement au ZUS (en tant que cotisant) et ensuite votre demande d'affiliation des personnes employées (en tant qu'assurés).

7.1. COMMENT DEMANDER L'AFFILIATION D'UN SALARIÉ AU RÉGIME DE SÉCURITÉ SOCIALE

Vous embauchez, en vertu d'un contrat de travail ou d'un contrat de travail saisonnier, une personne qui doit être affiliée au registre de sécurité sociale polonais. Vous demandez son affiliation au ZUS par le biais du formulaire [ZUS ZUA – Demande d'affiliation / de modification de données de la personne assurée](#).

Déposez le formulaire ZUS ZUA dans les 7 jours suivant l'embauche du salarié.

Nous présentons ci-dessous comment remplir le formulaire [ZUS ZUA – Demande d'affiliation / de modification de données de la personne assurée](#). Pour plus d'informations, consultez notre guide pratique [ZUS ZUA – Demande d'affiliation / de modification de données de la personne assurée. Comment remplir et vérifier ce rapport](#).

Téléchargez le formulaire sur le site www.zus.pl. Vous pouvez le remplir sur votre ordinateur ou manuellement. Utilisez les majuscules et n'inscrivez qu'un caractère par case. Écrivez avec un stylo-bille ou un stylo-plume à encre noire ou bleue. N'utilisez pas de caractères spéciaux (p. ex. « », &, =, /, etc.) ni de signes diacritiques (p. ex. É, Ö, etc.).

Partie I. INFORMATION GÉNÉRALE

Dans cette partie, remplissez juste le champ 01 ou 02.

→ **Champ 01** – Mettez un « X ».

→ **Champ 02** – Remplissez ce champ, si vous souhaitez modifier ou rectifier les informations relatives à votre salarié, renseignées auparavant. Complétez :

1 – pour modification de données du salarié, si sa situation a changé, p. ex. son adresse,

2 – pour rectification de données du salarié, si vous corrigez une erreur dans les informations renseignées auparavant, p. ex. code postal erroné dans son adresse.



IMPORTANT

Vous souhaitez modifier ou rectifier des informations concernant l'identification du salarié (informations de la partie III du formulaire ZUS ZUA), déjà affilié au régime de sécurité sociale, alors vous remplissez le formulaire [ZUS ZIUA](#).

→ **Champs 03 et 04** – Laissez ces champs vides.

PŁATNIK WYPEŁNIA POLA W WYZNACZONYCH KRATKACH KOMPUTEROWO, NA MASZYNE LUB RĘCZNIE
DUŻYMI DRUKOWANYMI LITERAMI, CZARNYM LUB NIEBIESKIM KOŁOREM.

ZAKŁAD UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH	ZUS ZUA	strona: 1	ZGŁOSZENIE DO UBEZPIECZEŃ / ZGŁOSZENIE ZMIANY DANYCH OSOBY UBEZPIECZONEJ
I. DANE ORGANIZACYJNE			
<input checked="" type="checkbox"/> 01. ZGŁOSZENIE DO UBEZPIECZEŃ (jeśli TAK, wpisać X)		<input type="checkbox"/> 02. ZGŁOSZENIE ZMIANY (wpisać - 1) / KOREKTY (wpisać - 2) DANYCH OSOBY UBEZPIECZONEJ (nie dotyczy zmiany danych identyfikacyjnych ¹⁾)	
03. Data nadania (dd / mm / rrrr)		04. Nalepka „R”	

Partie II. IDENTIFICATION DU COTISANT

Dans cette partie, complétez les informations que vous avez renseignées dans le formulaire ZUS ZPA ou ZUS ZFA.

→ **Champ 01** – Complétez votre numéro NIP (numéro d'identification fiscale), attribué par le deuxième bureau des impôts à Varsovie ; il est indispensable au règlement de la TVA. Omettez le sigle PL et les tirets.

→ **Champs 02 et 03** – Laissez ces champs vides.

→ **Champ 04** – Mettez un « 2 ».

→ **Champ 05** – Complétez la série et le numéro de votre passeport ou de toute autre pièce d'identité. Complétez au maximum les 9 premières lettres et chiffres sans espaces ni signes de ponctuation.

→ **Champ 06** – Complétez la dénomination abrégée du cotisant.

→ **Champ 07** – Complétez le nom du cotisant. Si le nom est composé de deux éléments, séparez-les par un tiret, p. ex. Dupont-Martin.

→ **Champ 08** – Complétez le premier prénom du cotisant.

→ **Champ 09** – Complétez la date de naissance du cotisant (jour/mois/année) p. ex. 27 11 1975.

II. DANE IDENTYFIKACYJNE PŁATNIKA SKŁADEK	II. DANE IDENTYFIKACYJNE PŁATNIKA SKŁADEK			
	01. Numer NIP (wpisać bez kresek)		02. Numer REGON	
	9 9 9 9 9 9 9 9 9 9			
	03. Numer PESEL ²⁾		04. Rodzaj dokumentu: jeśli dowód osobisty, wpisać 1, jeśli paszport - 2	
			05. Seria i numer dokumentu	
	06. Nazwa skrócona		A N 0 0 0 0 0 0 0 0	
	07. Nazwisko			
	K R A M E R			
	08. Imię pierwsze		09. Data urodzenia (dd / mm / rrrr)	
A N N E L I E S E		2 7 1 1 1 9 7 5		

Partie III. IDENTIFICATION DE LA PERSONNE AFFILIÉE AU RÉGIME DE SÉCURITÉ SOCIALE

Cette partie est très importante. Suivant les informations renseignées dans cette partie, nous ouvrons à votre salarié un compte individuel de l'assuré au ZUS. Communiquez les informations renseignées dans cette demande d'affiliation de votre salarié dans tous les documents adressés à la sécurité sociale.

Complétez le numéro PESEL du salarié (champ 01). Si votre salarié n'a pas son numéro PESEL, complétez la série et le numéro de sa carte d'identité ou de son passeport (champ 03).

- ➔ **Champ 01** – Complétez le numéro PESEL du salarié.
- ➔ **Champ 02** – Laissez ce champ vide.
- ➔ **Champ 03** – Remplissez ce champ uniquement si votre salarié n'a pas son numéro PESEL.
Indiquez un type de document :
 - 1 – carte d'identité,
 - 2 – passeport.
 Si vous avez complété le numéro PESEL dans le champ 01, ne remplissez pas le champ 03.
- ➔ **Champ 04** – Remplissez ce champ uniquement si vous avez rempli le champ 02.
Complétez la série et le numéro de son passeport ou de toute autre pièce d'identité.
- ➔ **Champ 05** – Complétez le nom du salarié. Si le nom est composé de deux éléments, séparez-les par un tiret, p. ex. Dupont-Martin.
- ➔ **Champ 06** – Complétez le premier prénom du salarié.
- ➔ **Champ 07** – Complétez la date de naissance du salarié (jour/mois/année) p. ex. 17 03 1988.

III. DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY ZGŁASZANEJ DO UBEZPIECZEŃ													
01. Numer PESEL ²⁾		02.		03. Rodzaj dokumentu (wypełnić jak pole II.04)		04. Seria i numer dokumentu							
8	8	0	3	1	7	1	1	1	1				
05. Nazwisko													
J	A	N	K	O	W	S	K	A					
06. Imię pierwsze													
D	O	M	I	N	I	K	A						
						07. Data urodzenia (dd / mm / rrrr)							
						1	7	0	3	1	9	8	8

Partie IV. IDENTIFICATION DE LA PERSONNE AFFILIÉE AU RÉGIME DE SÉCURITÉ SOCIALE – SUITE

- ➔ **Champ 01** – Complétez le deuxième prénom du salarié (le cas échéant).
- ➔ **Champ 02** – Complétez le nom de famille du salarié. Le nom de famille concerne les femmes et les hommes.
- ➔ **Champ 03** – Complétez la nationalité du salarié.
- ➔ **Champ 04** – Complétez le sexe du salarié.
 - K – femme (kobieta),
 - M – homme (mężczyzna).

IV. DANE EWIDENCYJNE OSOBY ZGŁASZANEJ DO UBEZPIECZEŃ										
01. Imię drugie										
02. Nazwisko rodowe										
J	A	N	K	O	W	S	K	A		
03. Obywatelstwo										
P	O	L	S	K	I	E				
									04. Płeć (wpisać: K - kobieta, M - mężczyzna)	K

Partie V. INFORMATIONS SUR LA SÉCURITÉ SOCIALE

Dans cette partie, remplissez les informations sur le code correspondant au droit à l'assurance.

- ➔ **Champ 01** – Complétez un code correspondant au droit à l'assurance (6 chiffres).

V. TYTUŁ UBEZPIECZENIA					
01. Kod tytułu ubezpieczenia ³⁾					
0	1	1	0	0	0

- **Cases 1 à 4** – correspondent à un type de contrat qui implique le versement des cotisations. Si vous demander l'affiliation d'une personne employée en vertu d'un contrat de travail, complétez le code 01 10.
- **Case 5** – correspond au droit à l'assurance vieillesse ou invalidité. Complétez :
 - 0 – si le salarié n'a pas de droit à la perception d'une pension vieillesse ou invalidité,
 - 1 – si le salarié vous a notifié son droit à une pension vieillesse,
 - 2 – si le salarié vous a notifié son droit à une pension invalidité.
- **Case 6** – correspond à un handicap. Complétez :
 - 0 – si le salarié n'a pas de certificat d'invalidité ou il ne vous en a pas informé,
 - 1 – si le salarié a un certificat de handicap qualifié léger,
 - 2 – si le salarié a un certificat de handicap qualifié moyen,
 - 3 – si le salarié a un certificat de handicap qualifié important,
 - 4 – si le salarié de moins de 16 ans a un certificat de handicap.

Partie VI. INFORMATIONS SUR L'ASSURANCE SOCIALE À TITRE OBLIGATOIRE

Dans cette partie, renseignez les informations sur l'assurance sociale à titre obligatoire.

- **Champ 01** – Complétez la date à partir de laquelle le salarié est affilié au régime de sécurité sociale, à savoir la date de l'engagement de celui-ci (jour/mois/année), p. ex. 01 01 2019.
- **Champ 02** – Mettez un « X », si le salarié est couvert par l'assurance vieillesse.
- **Champ 03** – Mettez un « X », si le salarié est couvert par l'assurance invalidité.
- **Champ 04** – Mettez un « X », si le salarié est couvert par l'assurance maladie.
- **Champ 05** – Mettez un « X », si le salarié est couvert par l'assurance accident.

VI. DANE O OBOWIĄZKOWYCH UBEZPIECZENIACH SPOŁECZNYCH		Osoba zgłaszana podlega ubezpieczeniom: (wpisać X w odpowiednim polu)	
01. Data powstania obowiązku ubezpieczeń (dd / mm / rrrr)	0 1 0 1 2 0 1 9	02. Emerytalnemu <input checked="" type="checkbox"/>	04. Chorobowemu <input checked="" type="checkbox"/>
		03. Rentowym <input checked="" type="checkbox"/>	05. Wypadkowemu <input checked="" type="checkbox"/>

Partie VII. INFORMATIONS SUR L'ASSURANCE SANTÉ À TITRE OBLIGATOIRE

Dans cette partie, renseignez les informations concernant la couverture du salarié par l'assurance santé à titre obligatoire.

- **Champ 01** – Complétez la date à partir de laquelle le salarié est affilié au régime de sécurité sociale, à savoir la date de l'engagement de celui-ci (jour/mois/année), p. ex. 01 01 2019.
- **Champ 02** – Complétez un code à trois caractères de la succursale de la Caisse nationale de santé (<i>Narodowy Fundusz Zdrowia</i>), en fonction du lieu de résidence du salarié :
 - 01R – Dolnośląski Oddział Narodowego Funduszu Zdrowia à Wrocław,
 - 02R – Kujawsko-Pomorski Oddział Narodowego Funduszu Zdrowia à Bydgoszcz,
 - 03R – Lubelski Oddział Narodowego Funduszu Zdrowia à Lublin,
 - 04R – Lubuski Oddział Narodowego Funduszu Zdrowia à Zielona Góra,
 - 05R – Łódzki Oddział Narodowego Funduszu Zdrowia à Łódź,
 - 06R – Małopolski Oddział Narodowego Funduszu Zdrowia à Cracovie,
 - 07R – Mazowiecki Oddział Narodowego Funduszu Zdrowia à Varsovie,
 - 08R – Opolski Oddział Narodowego Funduszu Zdrowia à Opole,
 - 09R – Podkarpacki Oddział Narodowego Funduszu Zdrowia à Rzeszów,
 - 10R – Podlaski Oddział Narodowego Funduszu Zdrowia à Białystok,
 - 11R – Pomorski Oddział Narodowego Funduszu Zdrowia à Gdańsk,
 - 12R – Śląski Oddział Narodowego Funduszu Zdrowia à Katowice,
 - 13R – Świętokrzyski Oddział Narodowego Funduszu Zdrowia à Kielce,
 - 14R – Warmińsko-Mazurski Oddział Narodowego Funduszu Zdrowia à Olsztyn,
 - 15R – Wielkopolski Oddział Narodowego Funduszu Zdrowia à Poznań,
 - 16R – Zachodniopomorski Oddział Narodowego Funduszu Zdrowia à Szczecin.

VII. DANE O OBOWIĄZKOWYM UBEZPIECZENIU ZDROWOTNYM	
01. Data powstania obowiązku ubezpieczenia (dd / mm / rrrr)	0 1 0 1 2 0 1 9
02. Kod oddziału NFZ	0 7 R

Partie VIII. INFORMATIONS SUR L'ASSURANCE SOCIALE À TITRE VOLONTAIRE

Ne remplissez pas cette partie.

VIII. DANE O DOBROWOLNYCH UBEZPIECZENIACH SPOLECZNYCH					
Wnoszę o objęcie ubezpieczeniami: (wpisać X w odpowiednim polu)					
01. Emerytalnym	<input type="checkbox"/>	03. Rentowymi	<input type="checkbox"/>	05. Chorobowym	<input type="checkbox"/>
02. Od dnia (dd / mm / rrrr)		04. Od dnia (dd / mm / rrrr)		06. Od dnia (dd / mm / rrrr)	

Partie IX. INFORMATIONS SUR L'ASSURANCE SANTÉ À TITRE VOLONTAIRE

Ne remplissez pas cette partie.

IX. DANE O DOBROWOLNYM UBEZPIECZENIU ZDROWOTNYM	
01. Data rozpoczęcia ubezpieczenia (dd / mm / rrrr)	02. Kod oddziału NFZ

Partie X. AUTRES INFORMATIONS SUR LA PERSONNE AFFILIÉE AU RÉGIME DE SÉCURITÉ SOCIALE

Ne remplissez pas cette partie.

X. INNE DANE O OSOBE ZGŁASZANEJ DO UBEZPIECZEŃ ⁴⁾			
01. Kod wykonywanego zawodu	02. Kod pracy w szczególnych warunkach / w szczególnym charakterze	03. Okres pracy w szczególnych warunkach / w szczególnym charakterze (dd / mm / rrrr)	(dd / mm / rrrr)

Partie XI. ADRESSE DE DOMICILE DE L'ASSURÉ

Dans cette partie, renseignez l'adresse de domicile de votre salarié.

- **Champ 01** – Complétez le code postal.
- **Champ 02** – Complétez la ville où le salarié est domicilié.
- **Champ 03** – Complétez la commune / l'arrondissement où le salarié est domicilié.
- **Champ 04** – Complétez la rue. En son absence, laissez ce champ vide.
- **Champ 05** – Complétez le numéro du bâtiment. Pour un double numéro, utilisez la barre oblique (/) pour les séparer, p. ex. 17/19. Si le numéro comprend une lettre, il doit être suivi de cette lettre majuscule sans espace, p. ex. 17B.
- **Champ 06** – Complétez le numéro du local. En son absence, laissez ce champ vide.
- **Champ 07** – Complétez le numéro de téléphone du salarié, précédé de son indicatif, p. ex. 33 423225420. Cette information permet un suivi rapide. Si votre salarié n'a pas téléphone, laissez ce champ vide.
- **Champ 08** – Complétez le code de votre pays d'origine (deux lettres) et le code postal à l'étranger, si autre que polonais.

PLATNIK WYPEŁNIA POLA W WYZNACZONYCH KRATKACH KOMPUTEROWO, NA MASZYNE LUB RĘCZNIE
DUŻYMI DRUKOWANYMI LITERAMI, CZARNYM LUB NIEBIESKIM KOLOREM.

ZAKŁAD UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH	ZUS ZUA	strona: 2	ZGŁOSZENIE DO UBEZPIECZEŃ / ZGŁOSZENIE ZMIANY DANYCH OSOBY UBEZPIECZONEJ
XI. ADRES ZAMELADOWANIA NA STAŁE MIEJSCE POBYTU			
01. Kod pocztowy	02. Miejscowość		
02-649	WARSAWA		
03. Gmina / Dzielnica			
MOKOTÓW			
04. Ulica			
MARZANNY			
05. Numer domu		06. Numer lokalu	
9		2	
07. Numer telefonu		08. Symbol państwa - zagraniczny kod pocztowy (wypełnić w przypadku, gdy adres jest inny niż polski)	

Partie XII. ADRESSE DE RÉSIDENCE DE L'ASSURÉ

Dans cette partie, renseignez l'adresse de résidence du salarié, si autre que celle dans la partie XI.

➔ **Champs 01 à 08** – Remplissez ces champs comme dans la partie XI.

XII. 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. Symbol państwa - zagraniczny kod pocztowy (wypełnić w przypadku, gdy adres jest inny niż polski)

Partie XIII. ADRESSE DE CORRESPONDANCE DE L'ASSURÉ

Vous remplissez cette partie uniquement si votre salarié souhaite recevoir toute correspondance à l'adresse autre que celle renseignée dans la partie XI « Adresse de domicile du salarié ».

➔ **Champ 01** – Complétez le code postal, si vous renseignez une adresse en Pologne.

➔ **Champ 02** – Complétez la ville.

➔ **Champ 03** – Complétez la rue.

➔ **Champ 04** – Complétez le numéro du bâtiment.

➔ **Champ 05** – Complétez le numéro du local. En son absence, laissez ce champ vide.

➔ **Champ 06** – Complétez la boîte postale (si votre salarié l'utilise).

➔ **Champ 07** – Complétez le numéro de téléphone du salarié, précédé de son indicatif, p. ex. 33 423225420. Cette information permet un suivi rapide. Si l'assuré n'a pas téléphone, laissez ce champ vide.

➔ **Champ 08** – Complétez le code de votre pays d'origine (deux lettres) et le code postal à l'étranger.

➔ **Champ 09** – Complétez une adresse électronique.

XIII. ADRES DO KORESPONDENCJI (wpisać, jeśli adres do korespondencji jest inny niż adres zameldowania na stałe miejsce pobytu lub adres zamieszkania)

01. Kod pocztowy

02. Miejscowość

03. Ulica

04. Numer domu

05. Numer lokalu

06. Skrytka pocztowa

07. Numer telefonu

08. Symbol państwa - zagraniczny kod pocztowy (wypełnić w przypadku, gdy adres jest inny niż polski)

09. Adres poczty elektronicznej

Partie XIV. DÉCLARATION SUR L'HONNEUR DU COTISANT

Dans cette partie :

➔ **Champ 01** – Complétez la date d'établissement du formulaire (jour/mois/année), p. ex. 05 01 2019.

➔ **Champ 02** – Signez le formulaire, sauf si vous avez désigné un mandataire qui peut le signer à votre place.

➔ **Champ 03** – Ce champ est destiné à la signature du salarié dont vous demandez l'affiliation.

➔ **Champ 04** – Mettez le cachet officiel du cotisant (le cas échéant).

<p>XIV. OŚWIADCZENIE PŁATNIKA SKŁADEK 01. Data wypełnienia (dd / mm / rrrr)</p> <p>0 5 0 1 2 0 1 9</p> <p>Oświadczam, że dane zawarte w formularzu są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym. Jestem świadomy(-ma) odpowiedzialności karnej za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy.</p> <p>02. Podpis płatnika lub osoby upoważnionej</p> <p style="text-align: center;"><i>Anneliese Kramer</i></p> <p>03. Pieczęćka płatnika</p>	<p>XV. OŚWIADCZENIE OSOBY ZGŁASZANEJ / ZGŁOSZONEJ DO UBEZPIECZENIA</p> <p>Oświadczam, że dane zawarte w formularzu są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym. Jestem świadomy(-ma) odpowiedzialności karnej za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy.</p> <p>01. Podpis osoby zgłaszanej / zgłoszonej do ubezpieczenia</p>
--	--

7.2. COMMENT DEMANDER L’AFFILIATION D’UN PRENEUR D’ORDRES POUR QUI LE CONTRAT CONCLU AVEC VOUS CONSTITUE UN SEUL DROIT À L’ASSURANCE

Vous employez une personne qui doit être affiliée à l’assurance sociale et santé en vertu d’un contrat de mandat, d’un contrat d’agence ou d’un contrat de service. Demandez-lui de signer une déclaration et de répondre aux questions suivantes :

- 1) Est-ce son seul droit à l’assurance ?
- 2) Perçoit-elle l’équivalent du [salaire minimum](#) de son activité professionnelle (de tous ses contrats conclus) ?

Si le contrat conclu avec vous est le seul droit à l’assurance pour cette personne, ou si elle ne perçoit pas le salaire minimum de tous ses contrats, demandez son affiliation au régime de sécurité sociale par le biais du formulaire [ZUS ZUA – Demande d’affiliation / de modification de données de l’assuré](#).

Déposez le formulaire ZUS ZUA dans les 7 jours suivant la date à partir de laquelle cette personne commence la réalisation de prestations pour vous.

Nous présentons ci-dessous comment remplir le formulaire [ZUS ZUA – Demande d’affiliation / de modification de données de l’assuré](#). Pour plus d’informations, consultez notre guide pratique [ZUS ZUA – Demande d’affiliation / de modification de données de la personne assurée. Comment remplir et vérifier ce rapport](#).

Téléchargez le formulaire sur le site www.zus.pl. Vous pouvez le remplir sur votre ordinateur ou manuellement. Utilisez les majuscules et n’inscrivez qu’un caractère par case. Écrivez avec un stylo-bille ou un stylo-plume à encre noir ou bleu. N’utilisez pas de caractères spéciaux (p. ex. « », &, =, /, etc.) ni de signes diacritiques (p. ex. É, Ö, etc.).

Partie I. INFORMATION GÉNÉRALE

Dans cette partie, remplissez juste le champ 01 ou 02.

- ➔ **Champ 01** – Mettez un « X ».
- ➔ **Champ 02** – Remplissez ce champ, si vous avez déjà déposé un ZUS ZUA, et que vous souhaitez modifier ou rectifier des informations renseignées. Alors, mettez :
 - 1 – pour modification de données du preneur d’ordres, si sa situation a changé, p. ex. son adresse,
 - 2 – pour rectification de données du preneur d’ordres, si vous corrigez une erreur dans les informations renseignées auparavant, p. ex. numéro erroné dans sa maison.



IMPORTANT Si vous souhaitez modifier ou rectifier des informations concernant l’identification de cette personne, alors vous remplissez le formulaire [ZUS ZIUA](#).

- ➔ **Champs 03 et 04** – Laissez ces champs vides.

PLATNIK WYPEŁNIA POLA W WYZNACZONYCH KRATKACH KOMPUTEROWO, NA MASZYNE LUB RĘCZNIE
DUŻYMI DRUKOWANYMI LITERAMI, CZARNYM LUB NIEBIESKIM KOŁOREM.

ZAKŁAD UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH	ZUS ZUA	strona: 1	ZGŁOSZENIE DO UBEZPIECZEŃ / ZGŁOSZENIE ZMIANY DANYCH OSOBY UBEZPIECZONEJ
I. DANE ORGANIZACYJNE			
<input checked="" type="checkbox"/> 01. ZGŁOSZENIE DO UBEZPIECZEŃ (jeśli TAK, wpisać X)		<input type="checkbox"/> 02. ZGŁOSZENIE ZMIANY (wpisać - 1) / KOREKTY (wpisać - 2) DANYCH OSOBY UBEZPIECZONEJ (nie dotyczy zmiany danych identyfikacyjnych) ¹⁾	
03. Data nadania (dd / mm / rrrr)		04. Nalepka „R”	

Partie II. IDENTIFICATION DU COTISANT

Dans cette partie, complétez les informations que vous avez renseignées dans le formulaire ZUS ZPA ou ZUS ZFA.

- ➔ **Champ 01** – Complétez votre numéro NIP (numéro d'identification fiscale), attribué par le deuxième bureau des impôts à Varsovie ; il est indispensable au règlement de la TVA. Omettez le sigle PL et les tirets.
- ➔ **Champs 02 et 03** – Laissez ces champs vides.
- ➔ **Champ 04** – Mettez un « 2 ».
- ➔ **Champ 05** – Complétez la série et le numéro de votre passeport ou toute autre pièce d'identité, au maximum les 9 premières lettres et chiffres sans espaces ni signes de ponctuation.
- ➔ **Champ 06** – Complétez la dénomination abrégée du cotisant.
- ➔ **Champ 07** – Complétez le nom du cotisant. Si le nom est composé de deux éléments, séparez-les par un tiret, p. ex. Dupont-Martin.
- ➔ **Champ 08** – Complétez le premier prénom du cotisant.
- ➔ **Champ 09** – Complétez la date de naissance du cotisant (jour/mois/année) p. ex. 27 11 1975.

II. DANE IDENTYFIKACYJNE PLATNIKA SKŁADEK	II. DANE IDENTYFIKACYJNE PLATNIKA SKŁADEK		02. Numer REGON	
	01. Numer NIP (wpisać bez kresek)		9 9 9 9 9 9 9 9 9 9 9 9	
	03. Numer PESEL ²⁾		04. Rodzaj dokumentu: jeśli dowód osobisty, wpisać 1, jeśli paszport - 2	
	06. Nazwa skrócona		05. Seria i numer dokumentu A N 0 0 0 0 0 0 0 0	
	07. Nazwisko K R A M E R		09. Data urodzenia (dd / mm / rrrr) 2 7 1 1 1 9 7 5	
	08. Imię pierwsze A N N E L I E S E			

Partie III. IDENTIFICATION DE LA PERSONNE AFFILIÉE AU RÉGIME DE SÉCURITÉ SOCIALE

Cette partie est très importante. Suivant les informations renseignées dans cette partie, nous ouvrons à votre preneur d'ordres un compte individuel de l'assuré au ZUS. Communiquez les informations renseignées dans cette demande d'affiliation dans tous les documents adressés à la sécurité sociale.

Complétez le numéro PESEL du preneur d'ordres (champ 01). Si votre preneur d'ordres n'a pas son numéro PESEL, complétez la série et le numéro de sa carte d'identité ou de son passeport (champ 03).

- ➔ **Champ 01** – Complétez le numéro PESEL du preneur d'ordres.
- ➔ **Champ 02** – Laissez ce champ vide.
- ➔ **Champ 03** – Remplissez ce champ uniquement si votre preneur d'ordres n'a pas son numéro PESEL.

Indiquez un type de document :

- 1 – carte d'identité,
- 2 – passeport.

- ➔ **Champ 04** – Remplissez ce champ uniquement si vous avez rempli le champ 02.
Complétez la série et le numéro de son passeport ou de toute autre pièce d'identité.
- ➔ **Champ 05** – Complétez le nom du preneur d'ordres. Si le nom est composé de deux éléments, séparez-les par un tiret, p. ex. Dupont-Martin.
- ➔ **Champ 06** – Complétez le premier prénom du preneur d'ordres.
- ➔ **Champ 07** – Complétez la date de naissance du preneur d'ordres (jour/mois/année) p. ex. 17 03 1988.

III. DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY ZGŁASZANEJ DO UBEZPIECZEŃ	
01. Numer PESEL ²⁾	8 8 0 3 1 7 1 1 1 1 1 1
02.	
03. Rodzaj dokumentu (wypełnić jak pole II.04)	
04. Seria i numer dokumentu	
05. Nazwisko	J A N K O W S K A
06. Imię pierwsze	D O M I N I K A
07. Data urodzenia (dd / mm / rrrr)	1 7 0 3 1 9 8 8

Partie IV. IDENTIFICATION DE LA PERSONNE AFFILIÉE AU RÉGIME DE SÉCURITÉ SOCIALE – SUITE

- **Champ 01** – Complétez le deuxième prénom du preneur d'ordres (le cas échéant).
- **Champ 02** – Complétez le nom de famille du preneur d'ordres. Le nom de famille concerne les femmes et les hommes.
- **Champ 03** – Complétez la nationalité du preneur d'ordres.
- **Champ 04** – Complétez le sexe du preneur d'ordres.
K – femme (kobieta),
M – homme (mężczyzna).

IV. DANE EWIDENCYJNE OSOBY ZGŁASZANEJ DO UBEZPIECZEŃ	
01. Imię drugie	
02. Nazwisko rodowe	J A N K O W S K A
03. Obywatelstwo	P O L S K I E
04. Płeć (wpisać: K - kobieta, M - mężczyzna)	K

Partie V. INFORMATIONS SUR LA SÉCURITÉ SOCIALE

Dans cette partie, remplissez les informations sur le code correspondant au droit à l'assurance.

- **Champ 01** – Complétez un code correspondant au droit à l'assurance (6 chiffres).

V. TYTUŁ UBEZPIECZENIA	
01. Kod tytułu ubezpieczenia ³⁾	0 4 1 1 0 0

- **Cases 1 à 4** – correspondent à un type de contrat qui implique le versement des cotisations. Si vous demandez l'affiliation d'une personne engagée en vertu d'un contrat de mandat, d'un contrat d'agence ou d'un contrat de prestation de services, complétez le code 04 11.
- **Case 5** – correspond au droit à l'assurance vieillesse ou invalidité. Complétez :
0 – si le preneur d'ordres n'a pas de droit à la perception d'une pension vieillesse ou invalidité,
1 – si le preneur d'ordres vous a notifié son droit à une pension vieillesse ;
2 – si le preneur d'ordres vous a notifié son droit à une pension invalidité.
- **Case 6** – correspond à un handicap. Complétez :
0 – si le preneur d'ordres n'a pas de certificat d'invalidité ou il ne vous en a pas informé,
1 – si le preneur d'ordres a un certificat de handicap qualifié léger,
2 – si le preneur d'ordres a un certificat de handicap qualifié moyen,
3 – si le preneur d'ordres a un certificat de handicap qualifié important,
4 – si le preneur d'ordres de moins de 16 ans a un certificat de handicap.

Partie VI. INFORMATIONS SUR L'ASSURANCE SOCIALE À TITRE OBLIGATOIRE

Dans cette partie, renseignez les informations sur la couverture du preneur d'ordres par l'assurance sociale à titre obligatoire.

- **Champ 01** – Complétez la date à partir de laquelle le preneur d'ordres est affilié au régime de sécurité sociale, à savoir la date de l'engagement de celui-ci (jour/mois/année), p. ex. 01 01 2019.
- **Champ 02** – Mettre un « X », si votre preneur d'ordres sera couvert par l'assurance vieillesse.
- **Champ 03** – Mettre un « X », si votre preneur d'ordres sera couvert par l'assurance invalidité.

→ **Champ 04** – Laissez ce champ vide.

→ **Champ 05** – Mettez un « X », si votre preneur d'ordres sera couvert par l'assurance accident.

VI. DANE O OBOWIĄZKOWYCH UBEZPIECZENIACH SPOŁECZNYCH		Osoba zgłaszana podlega ubezpieczeniom: (wpisać X w odpowiednim polu)	
01. Data powstania obowiązku ubezpieczeń (dd / mm / rrrr)	0 1 0 1 2 0 1 9	02. Emerytalnemu <input checked="" type="checkbox"/>	04. Chorobowemu <input type="checkbox"/>
		03. Rentowym <input checked="" type="checkbox"/>	05. Wypadkowemu <input checked="" type="checkbox"/>

Partie VII. INFORMATIONS SUR L'ASSURANCE SANTÉ À TITRE OBLIGATOIRE

Dans cette partie, renseignez les informations concernant la couverture du preneur d'ordres par l'assurance santé à titre obligatoire.

→ **Champ 01** – Complétez la date à partir de laquelle le preneur d'ordres est affilié au régime de sécurité sociale, à savoir la date de l'engagement de celui-ci (jour/mois/année), p. ex. 01 01 2019.

→ **Champ 02** – Complétez un code de la succursale de la Caisse nationale de santé (<i>Narodowy Fundusz Zdrowia</i>), en fonction du lieu de résidence du preneur d'ordres.

- 01R – Dolnośląski Oddział Narodowego Funduszu Zdrowia à Wrocław,
- 02R – Kujawsko-Pomorski Oddział Narodowego Funduszu Zdrowia à Bydgoszcz,
- 03R – Lubelski Oddział Narodowego Funduszu Zdrowia à Lublin,
- 04R – Lubuski Oddział Narodowego Funduszu Zdrowia à Zielona Góra,
- 05R – Łódzki Oddział Narodowego Funduszu Zdrowia à Łódź,
- 06R – Małopolski Oddział Narodowego Funduszu Zdrowia à Cracovie,
- 07R – Mazowiecki Oddział Narodowego Funduszu Zdrowia à Varsovie,
- 08R – Opolski Oddział Narodowego Funduszu Zdrowia à Opole,
- 09R – Podkarpacki Oddział Narodowego Funduszu Zdrowia à Rzeszów,
- 10R – Podlaski Oddział Narodowego Funduszu Zdrowia à Białystok,
- 11R – Pomorski Oddział Narodowego Funduszu Zdrowia à Gdańsk,
- 12R – Śląski Oddział Narodowego Funduszu Zdrowia à Katowice,
- 13R – Świętokrzyski Oddział Narodowego Funduszu Zdrowia à Kielce,
- 14R – Warmińsko-Mazurski Oddział Narodowego Funduszu Zdrowia à Olsztyn,
- 15R – Wielkopolski Oddział Narodowego Funduszu Zdrowia à Poznań,
- 16R – Zachodniopomorski Oddział Narodowego Funduszu Zdrowia à Szczecin.

VII. DANE O OBOWIĄZKOWYM UBEZPIECZENIU ZDROWOTNYM	
01. Data powstania obowiązku ubezpieczenia (dd / mm / rrrr)	0 1 0 1 2 0 1 9
02. Kod oddziału NFZ	0 7 R

Partie VIII. INFORMATIONS SUR L'ASSURANCE SOCIALE À TITRE VOLONTAIRE

Dans cette partie, renseignez les informations concernant la couverture du preneur d'ordres par l'assurance maladie à titre volontaire, s'il l'a sollicitée.

→ **Champs 01 à 04** – Laissez ces champs vides.

→ **Champ 05** – Mettez un « X », si le preneur d'ordres est couvert par l'assurance maladie.

→ **Champ 06** – Complétez la date à partir de laquelle le preneur d'ordres est couvert par cette assurance (jour/mois/année), p. ex. 01 01 2019.

VIII. DANE O DOBROWOLNYCH UBEZPIECZENIACH SPOŁECZNYCH					
Wnoszę o objęcie ubezpieczeniami: (wpisać X w odpowiednim polu)					
01. Emerytalnym <input type="checkbox"/>	03. Rentowymi <input type="checkbox"/>	05. Chorobowym <input type="checkbox"/>			
02. Od dnia (dd / mm / rrrr)	04. Od dnia (dd / mm / rrrr)	06. Od dnia (dd / mm / rrrr)			

Partie IX. INFORMATIONS SUR L'ASSURANCE SANTÉ À TITRE VOLONTAIRE

Ne remplissez pas cette partie.

IX. DANE O DOBROWOLNYM UBEZPIECZENIU ZDROWOTNYM	
01. Data rozpoczęcia ubezpieczenia (dd / mm / rrrr)	
02. Kod oddziału NFZ	

Partie X. AUTRES INFORMATIONS SUR LA PERSONNE AFFILIÉE AU RÉGIME DE SÉCURITÉ SOCIALE

Ne remplissez pas cette partie.

X. INNE DANE O OSOBE ZGŁASZANEJ DO UBEZPIECZEŃ ⁴⁾			
01. Kod wykonywanego zawodu	02. Kod pracy w szczególnych warunkach / w szczególnym charakterze	03. Okres pracy w szczególnych warunkach / w szczególnym charakterze (dd / mm / rrr)	03. Okres pracy w szczególnych warunkach / w szczególnym charakterze (dd / mm / rrr)

Partie XI. ADRESSE DE DOMICILE DE L'ASSURÉ

Dans cette partie, renseignez l'adresse de domicile de votre preneur d'ordres.

- **Champ 01** – Complétez le code postal.
- **Champ 02** – Complétez la ville où le preneur d'ordres est domicilié.
- **Champ 03** – Complétez la commune / l'arrondissement où le preneur d'ordres est domicilié.
- **Champ 04** – Complétez la rue ; en son absence, laissez ce champ.
- **Champ 05** – Complétez le numéro du bâtiment. Pour un double numéro, utilisez la barre oblique (/) pour les séparer, p. ex. 17/19. Si le numéro comprend une lettre, il doit être suivi de cette lettre majuscule sans espace, p. ex. 17B.
- **Champ 06** – Complétez le numéro du local ; en son absence, laissez ce champ.
- **Champ 07** – Complétez le numéro de téléphone du preneur d'ordres précédé de son indicatif, p. ex. 33 423225420. Cette information permet un suivi rapide. S'il n'a pas téléphone, laissez ce champ vide.
- **Champ 08** – Complétez le [code de son pays d'origine](#) (deux lettres) et le code postal à l'étranger, si autre que polonais.

PŁATNIK WYPEŁNIA POLA W WYZNACZONYCH KRATKACH KOMPUTEROWO, NA MASZYNE LUB RĘCZNIE
DUŻYMI DRUKOWANYMI LITERAMI, CZARNYM LUB NIEBIESKIM KOLOREM.

ZAKŁAD UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH	ZUS ZUA	strona: 2	ZGŁOSZENIE DO UBEZPIECZEŃ / ZGŁOSZENIE ZMIANY DANYCH OSOBY UBEZPIECZONEJ
XI. ADRES ZAMELDOWANIA NA STAŁE MIEJSCE POBYTU			
01. Kod pocztowy	02. Miejscowość		
0 2 - 6 4 9	W A R S Z A W A		
03. Gmina / Dzielnica			
M O K O T Ó W			
04. Ulica			
M A R Z A Ń N Y			
05. Numer domu	06. Numer lokalu		
9	2		
07. Numer telefonu		08. Symbol państwa - zagraniczny kod pocztowy (wypełnić w przypadku, gdy adres jest inny niż polski)	

Partie XII. ADRESSE DE RÉSIDENCE DE L'ASSURÉ

Dans cette partie, renseignez l'adresse de résidence du preneur d'ordres, si autre que celle renseignée dans la partie XI.

- **Champs 01 à 08** – Remplissez ces champs comme dans la partie XI.

XII. 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. Symbol państwa - zagraniczny kod pocztowy (wypełnić w przypadku, gdy adres jest inny niż polski)	

Partie XIII. ADRESSE DE CORRESPONDANCE DE L'ASSURÉ

Vous remplissez cette partie uniquement si votre preneur d'ordres souhaite recevoir toute correspondance à l'adresse autre que celle renseignée dans la partie XI « Adresse de domicile de l'assuré ».

- ➔ **Champ 01** – Complétez le code postal, si vous renseignez une adresse en Pologne.
- ➔ **Champ 02** – Complétez la ville.
- ➔ **Champ 03** – Complétez la rue.
- ➔ **Champ 04** – Complétez le numéro du bâtiment.
- ➔ **Champ 05** – Complétez le numéro du local ; en son absence, laissez ce champ.
- ➔ **Champ 06** – Complétez le numéro de la boîte postale.
- ➔ **Champ 07** – Complétez le numéro de téléphone du preneur d'ordres précédé de son indicatif, p. ex. 33 423225420. Cette information permet un suivi rapide. Si le preneur d'ordres n'a pas téléphone, laissez ce champ vide.
- ➔ **Champ 08** – Complétez le code de votre pays d'origine (deux lettres) et le code postal à l'étranger.
- ➔ **Champ 09** – Complétez une adresse électronique.

XIII. ADRES DO KORESPONDENCJI (wpisać, jeśli adres do korespondencji jest inny niż adres zameldowania na stałe miejsce pobytu lub adres zamieszkania)	
01. Kod pocztowy	02. Miejscowość
03. Ulica	
04. Numer domu	05. Numer lokalu
06. Skrytka pocztowa	07. Numer telefonu
08. Symbol państwa - zagraniczny kod pocztowy (wypełnić w przypadku, gdy adres jest inny niż polski)	
09. Adres poczty elektronicznej	

Partie XIV. DÉCLARATION SUR L'HONNEUR DU COTISANT

Dans cette partie :

- ➔ **Champ 01** – Complétez la date d'établissement du formulaire (jour/mois/année), p. ex. 05 01 2019.
- ➔ **Champ 02** – Signez le formulaire, sauf si vous avez désigné un mandataire qui peut le signer à votre place.
- ➔ **Champ 03** – Ce champ est destiné à la signature du preneur d'ordres dont vous demandez l'affiliation.
- ➔ **Champ 04** – Mettez le cachet officiel du cotisant (le cas échéant).

XIV. OŚWIADCZENIE PŁATNIKA SKŁADEK	XV. OŚWIADCZENIE OSOBY ZGŁASZANEJ / ZGŁOSZONEJ DO UBEZPIECZENIA
01. Data wypełnienia (dd / mm / rrrr)	
0 5 0 1 2 0 1 9	
Oświadczam, że dane zawarte w formularzu są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym. Jestem świadomy(-ma) odpowiedzialności karnej za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy.	Oświadczam, że dane zawarte w formularzu są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym. Jestem świadomy(-ma) odpowiedzialności karnej za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy.
02. Podpis płatnika lub osoby upoważnionej	01. Podpis osoby zgłaszanej / zgłoszonej do ubezpieczenia
<i>Anneliese Kramer</i>	
03. Pieczęćka płatnika	

7.3. COMMENT DEMANDER L'AFFILIATION D'UN PRENEUR D'ORDRES QUI A UN AUTRE DROIT À L'ASSURANCE

Vous employez une personne qui doit être affiliée à l'assurance sociale et santé en vertu d'un contrat de mandat, d'un contrat d'agence ou d'un contrat de service. Demandez-lui de signer une déclaration et de répondre aux questions suivantes :

- 1) Est-ce son seul droit à l'assurance ?
- 2) Perçoit-elle l'équivalent du [salaire minimum](#) de son activité professionnelle (de tous ses contrats conclus) ?

Si le contrat conclu avec vous n'est pas le seul droit à l'assurance pour cette personne et si elle perçoit le salaire minimum de tous ses contrats, demandez son affiliation au régime de sécurité sociale par le biais du formulaire [ZUS ZZA – Demande d'affiliation à l'assurance santé / de modification de données de l'assuré](#).

Déposez le formulaire ZUS ZZA dans les 7 jours suivant la date à partir de laquelle cette personne commence la réalisation de prestations pour vous.

Nous présentons ci-dessous comment remplir le formulaire [ZUS ZZA – Demande d'affiliation à l'assurance santé / de modification de données de l'assuré](#). Pour plus d'informations, consultez notre guide pratique [ZUS ZZA – Demande d'affiliation à l'assurance santé / de modification de données de l'assuré. Comment remplir et vérifier ce rapport](#).

Téléchargez le formulaire sur le site www.zus.pl. Vous pouvez le remplir sur votre ordinateur ou manuellement. Utilisez les majuscules et n'inscrivez qu'un caractère par case. Écrivez avec un stylo-bille ou un stylo-plume à encre noir ou bleu. N'utilisez pas de caractères spéciaux (p. ex. « », &, =, /, etc.) ni de signes diacritiques (p. ex. É, Ö, etc.).

Partie I. INFORMATION GÉNÉRALE

Dans cette partie, remplissez juste le champ 01 ou 02.

- **Champ 01** – Mettez un « X ».
- **Champ 02** – Remplissez ce champ, si vous avez déjà déposé un ZUS ZZA, et que vous souhaitez modifier ou rectifier les informations renseignées.

Complétez :

- 1 – pour modification de données du preneur d'ordres, si sa situation a changé, p.ex. son adresse,
- 2 – pour rectification de données du preneur d'ordres, si vous corrigez une erreur dans les informations renseignées auparavant, p. ex. adresse erronée.



IMPORTANT

Vous souhaitez modifier ou rectifier des informations concernant l'identification d'une personne (informations de la partie III du formulaire ZUS ZZA) déjà affiliée au régime de sécurité sociale, alors vous remplissez le formulaire [ZUS ZIUA](#).

- **Champs 03 et 04** – Laissez ces champs vides.

ZAKŁAD UBEZPIECZENIA SPOŁECZNYCH		ZUS ZZA	strona: 1	ZGŁOSZENIE DO UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO / ZGŁOSZENIE ZMIANY DANYCH
I. DANE ORGANIZACYJNE				
<input checked="" type="checkbox"/>	01. ZGŁOSZENIE DO UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO (jeśli TAK, wpisać X)	<input type="checkbox"/>	02. ZGŁOSZENIE ZMIANY (wpisać - 1) / KOREKTY (wpisać - 2) DANYCH ¹⁾	
03. Data nadania (dd / mm / rrrr)		04. Nalepka „R”		

Partie II. IDENTIFICATION DU COTISANT

Dans cette partie, complétez les informations que vous avez renseignées dans le formulaire ZUS ZPA ou ZUS ZFA.

- ➔ **Champ 01** – Complétez votre numéro NIP (numéro d'identification fiscale), attribué par le deuxième bureau des impôts à Varsovie ; il est indispensable au règlement de la TVA. Omettez le sigle PL et les tirets.
- ➔ **Champs 02 et 03** – Laissez ces champs vides.
- ➔ **Champ 04** – Mettez un « 2 ».
- ➔ **Champ 05** – Complétez la série et le numéro de votre passeport ou de toute autre pièce d'identité. Complétez au maximum les 9 premières lettres et chiffres sans espaces ni signes de ponctuation.
- ➔ **Champ 06** – Complétez la dénomination abrégée du cotisant.
- ➔ **Champ 07** – Complétez le nom du cotisant. Si le nom est composé de deux éléments, séparez-les par un tiret, p. ex. Dupont-Martin.
- ➔ **Champ 08** – Complétez le premier prénom du cotisant.
- ➔ **Champ 09** – Complétez la date de naissance du cotisant (jour/mois/année) p. ex. 27 11 1975.

II. DANE IDENTYFIKACYJNE PŁATNIKA SKŁADEK	
01. Numer NIP (wpisać bez kresek)	02. Numer REGON
9 9 9 9 9 9 9 9 9 9	
03. Numer PESEL ²⁾	04. Rodzaj dokumentu: jeśli dowód osobisty, wpisać 1, jeśli paszport - 2
	2
06. Nazwa skrócona	05. Seria i numer dokumentu
	A N 0 0 0 0 0 0 0
07. Nazwisko	
K R A M E R	
08. Imię pierwsze	09. Data urodzenia (dd / mm / rrrr)
A N N E L I E S E	2 7 1 1 1 9 7 5

Partie III. IDENTIFICATION DE LA PERSONNE AFFILIÉE AU RÉGIME DE SÉCURITÉ SOCIALE

Cette partie est très importante. Suivant les informations renseignées dans cette partie, nous ouvrons à votre preneur d'ordres un compte individuel de l'assuré au ZUS. Communiquez les informations renseignées dans cette demande d'affiliation dans tous les documents adressés à la sécurité sociale.

Complétez le numéro PESEL du preneur d'ordres (champ 01). Si le preneur d'ordres n'a pas son numéro PESEL, complétez la série et le numéro de sa carte d'identité ou de son passeport (champ 03).

- ➔ **Champ 01** – Complétez le numéro PESEL du preneur d'ordres.
- ➔ **Champ 02** – Laissez ce champ vide.
- ➔ **Champ 03** – Remplissez ce champ uniquement si votre preneur d'ordres n'a pas son numéro PESEL.
Indiquez un type de document :
1 – carte d'identité,
2 – passeport.
- ➔ **Champ 04** – Remplissez ce champ uniquement si vous avez rempli le champ 02.
Complétez la série et le numéro de son passeport ou de toute autre pièce d'identité.
- ➔ **Champ 05** – Complétez le nom du preneur d'ordres. Si le nom est composé de deux éléments, séparez-les par un tiret, p. ex. Dupont-Martin.
- ➔ **Champ 06** – Complétez le premier prénom du preneur d'ordres.
- ➔ **Champ 07** – Complétez la date de naissance du preneur d'ordres (jour/mois/année) p. ex. 17 03 1988.

III. DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY ZGŁASZANEJ DO UBEZPIECZENIA			
01. Numer PESEL ²⁾	02.	03. Rodzaj dokumentu (wypełnić jak pole II.04)	04. Seria i numer dokumentu
8 8 0 3 1 7 1 1 1 1 1			
05. Nazwisko	07. Data urodzenia (dd / mm / rrrr)		
J A N K O W S K A	1 7 0 3 1 9 8 8		
06. Imię pierwsze			
D O M I N I K A			

Partie IV. IDENTIFICATION DE LA PERSONNE AFFILIÉE AU RÉGIME DE SÉCURITÉ SOCIALE – SUITE

- **Champ 01** – Complétez le deuxième prénom du preneur d'ordres (le cas échéant).
- **Champ 02** – Complétez le nom de famille du preneur d'ordres. Le nom de famille concerne les femmes et les hommes.
- **Champ 03** – Complétez la nationalité du preneur d'ordres.
- **Champ 04** – Complétez le sexe du preneur d'ordres.
 - K – femme (kobieta),
 - M – homme (mężczyzna).

IV. DANE EWIDENCYJNE OSOBY ZGŁASZANEJ DO UBEZPIECZENIA			
01. Imię drugie			
02. Nazwisko rodowe	J A N K O W S K A		
03. Obywatelstwo	P O L S K I E		
04. Płeć (wpisać: K - kobieta, M - mężczyzna)	K		

Partie V. INFORMATIONS SUR LA SÉCURITÉ SOCIALE

Dans cette partie, remplissez les informations sur le code correspondant au droit à l'assurance.

- **Champ 01** – Complétez un code correspondant au droit à l'assurance (6 chiffres).

V. TYTUŁ UBEZPIECZENIA						
01. Kod tytułu ubezpieczenia ³⁾	0	4	1	1	0	0

- **Cases 1 à 4** – correspondent à un type de contrat qui implique le versement des cotisations. Si vous demandez l'affiliation d'une personne engagée en vertu d'un contrat de mandat, d'un contrat d'agence ou d'un contrat de prestation de services, complétez le code 04 11.
- **Case 5** – correspond au droit à l'assurance vieillesse ou invalidité. Complétez :
 - 0 – si le preneur d'ordres n'a pas de droit à la perception d'une pension vieillesse ou invalidité,
 - 1 – si le preneur d'ordres vous a notifié son droit à une pension vieillesse ;
 - 2 – si le preneur d'ordres vous a notifié son droit à une pension invalidité.
- **Case 6** – correspond à un handicap. Complétez :
 - 0 – si le preneur d'ordres n'a pas de certificat d'invalidité ou il ne vous en a pas informé,
 - 1 – si le preneur d'ordres a un certificat de handicap qualifié léger,
 - 2 – si le preneur d'ordres a un certificat de handicap qualifié moyen,
 - 3 – si le preneur d'ordres a un certificat de handicap qualifié important,
 - 4 – si le preneur d'ordres de moins de 16 ans a un certificat de handicap.

Partie VI. INFORMATIONS SUR L'ASSURANCE SANTÉ À TITRE OBLIGATOIRE

Dans cette partie, renseignez les informations concernant la couverture du preneur d'ordres par l'assurance santé à titre obligatoire.

- **Champ 01** – Complétez la date à partir de laquelle le preneur d'ordres est affilié au régime de sécurité sociale, à savoir la date de l'engagement de celui-ci (jour/mois/année), p. ex. 01 01 2019.
- **Champ 02** – Complétez un code de la succursale de la Caisse nationale de santé (<i>Narodowy Fundusz Zdrowia</i>), en fonction du lieu de résidence du preneur d'ordres.
 - 01R – Dolnośląski Oddział Narodowego Funduszu Zdrowia à Wrocław,
 - 02R – Kujawsko-Pomorski Oddział Narodowego Funduszu Zdrowia à Bydgoszcz,
 - 03R – Lubelski Oddział Narodowego Funduszu Zdrowia à Lublin,
 - 04R – Lubuski Oddział Narodowego Funduszu Zdrowia à Zielona Góra,
 - 05R – Łódzki Oddział Narodowego Funduszu Zdrowia à Łódź,
 - 06R – Małopolski Oddział Narodowego Funduszu Zdrowia à Cracovie,
 - 07R – Mazowiecki Oddział Narodowego Funduszu Zdrowia à Varsovie,

- 08R – Opolski Oddział Narodowego Funduszu Zdrowia à Opole,
- 09R – Podkarpacki Oddział Narodowego Funduszu Zdrowia à Rzeszów,
- 10R – Podlaski Oddział Narodowego Funduszu Zdrowia à Białystok,
- 11R – Pomorski Oddział Narodowego Funduszu Zdrowia à Gdańsk,
- 12R – Śląski Oddział Narodowego Funduszu Zdrowia à Katowice,
- 13R – Świętokrzyski Oddział Narodowego Funduszu Zdrowia à Kielce,
- 14R – Warmińsko-Mazurski Oddział Narodowego Funduszu Zdrowia à Olsztyn,
- 15R – Wielkopolski Oddział Narodowego Funduszu Zdrowia à Poznań,
- 16R – Zachodniopomorski Oddział Narodowego Funduszu Zdrowia à Szczecin.

VI. DANE O OBOWIĄZKOWYM UBEZPIECZENIU ZDROWOTNYM

01. Data powstania obowiązku ubezpieczenia (dd / mm / rrrr) 0 1 0 1 2 0 1 9

02. Kod oddziału NFZ 0 7 R

Partie VII. INFORMATIONS SUR L'ASSURANCE SANTÉ À TITRE VOLONTAIRE

Ne remplissez pas cette partie.

VII. DANE O DOBROWOLNYM UBEZPIECZENIU ZDROWOTNYM

01. Data rozpoczęcia ubezpieczenia (dd / mm / rrrr)

02. Kod oddziału NFZ

Partie VIII. ADRESSE DE DOMICILE DE L'ASSURÉ

Dans cette partie, renseignez l'adresse de domicile de votre preneur d'ordres.

- **Champ 01** – Complétez le code postal.
- **Champ 02** – Complétez la ville où le preneur d'ordres est domicilié.
- **Champ 03** – Complétez la commune / l'arrondissement où le preneur d'ordres est domicilié.
- **Champ 04** – Complétez la rue. En son absence, laissez ce champ vide.
- **Champ 05** – Complétez le numéro du bâtiment. Pour un double numéro, utilisez la barre oblique (/) pour les séparer, p. ex. 17/19. Si le numéro comprend une lettre, il doit être suivi de cette lettre majuscule sans espace, p. ex. 17B.
- **Champ 06** – Complétez le numéro du local. En son absence, laissez ce champ vide.
- **Champ 07** – Complétez le numéro de téléphone précédé de son indicatif, p. ex. 33 423225420. Cette information permet un suivi rapide. Si le preneur d'ordres n'a pas téléphone, laissez ce champ vide.
- **Champ 08** – Complétez le [code de son pays d'origine](#) (deux lettres) et le code postal à l'étranger, si autre que polonais.

VIII. ADRES ZAMELDOWANIA NA STAŁE MIEJSCE POBYTU

01. Kod pocztowy 0 2 - 6 4 9 0 2 - 6 4 9
 02. Miejscowość W A R S Z A W A
 03. Gmina / Dzielnica M O K O T Ó W
 04. Ulica M A R Z A N N Y
 05. Numer domu 9
 06. Numer lokalu 2
 07. Numer telefonu
 08. Symbol państwa - zagraniczny kod pocztowy (wypełnić w przypadku, gdy adres jest inny niż polski) -

Partie IX. ADRESSE DE RÉSIDENCE DE L'ASSURÉ

Dans cette partie, renseignez l'adresse de résidence du preneur d'ordres, si autre que celle renseignée dans la partie XI.

- **Champs 01 à 08** – Remplissez ces champs comme la partie VIII.

PLATNIK WYPEŁNIA POLA W WYZNACZONYCH KRATKACH KOMPUTEROWO, NA MASZYNE LUB RĘCZNIE
DUŻYMI DRUKOWANYMI LITERAMI, CZARNYM LUB NIEBIESKIM KOLOREM.

ZAKŁAD UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH	ZUS ZZA	strona: 2	ZGŁOSZENIE DO UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO / ZGŁOSZENIE ZMIANY DANYCH
-----------------------------------	---------	-----------	---

IX. 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. Symbol państwa - zagraniczny kod pocztowy (wypełnić w przypadku, gdy adres jest inny niż polski)

Partie X. ADRESSE DE CORRESPONDANCE DE L'ASSURÉ

Vous remplissez cette partie uniquement si votre preneur d'ordres souhaite recevoir toute correspondance à l'adresse autre que celle renseignée dans la partie VIII « Adresse de domicile de l'assuré ».

- ➔ **Champ 01** – Complétez le code postal, si vous renseignez une adresse en Pologne.
- ➔ **Champ 02** – Complétez la ville.
- ➔ **Champ 03** – Complétez la rue.
- ➔ **Champ 04** – Complétez le numéro du bâtiment.
- ➔ **Champ 05** – Complétez le numéro du local. En son absence, laissez ce champ vide.
- ➔ **Champ 06** – Complétez la boîte postale (si votre preneur d'ordres l'utilise).
- ➔ **Champ 07** – Complétez le numéro de téléphone précédé de son indicatif, p. ex. 33 423225420. Cette information permet un suivi rapide. Si le preneur d'ordres n'a pas téléphone, laissez ce champ vide.
- ➔ **Champ 08** – Complétez le code de votre pays d'origine (deux lettres) et le code postal à l'étranger.
- ➔ **Champ 09** – Complétez une adresse électronique.

X. ADRES DO KORESPONDENCJI (wpisać, jeśli adres do korespondencji jest inny niż adres zameldowania na stałe miejsce pobytu lub adres zamieszkania)

01. Kod pocztowy 02. Miejscowość

03. Ulica

04. Numer domu 05. Numer lokalu

06. Skrytka pocztowa 07. Numer telefonu

08. Symbol państwa - zagraniczny kod pocztowy (wypełnić w przypadku, gdy adres jest inny niż polski)

09. Adres poczty elektronicznej

Partie XI. DÉCLARATION SUR L'HONNEUR DU COTISANT

Dans cette partie :

- ➔ **Champ 01** – Complétez la date d'établissement du formulaire (jour/mois/année), p. ex. 05 01 2019.
- ➔ **Champ 02** – Signez le formulaire, sauf si vous avez désigné un mandataire qui peut le signer à votre place.
- ➔ **Champ 03** – Ce champ est destiné à la signature du preneur d'ordres dont vous demandez l'affiliation.
- ➔ **Champ 04** – Mettez le cachet officiel du cotisant (le cas échéant).

XI. OŚWIADCZENIE PŁATNIKA SKŁADEK

01. Data wypełnienia (dd / mm / rrrr)

0 5 0 1 2 0 1 9

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

02. Podpis płatnika lub osoby upoważnionej

Anneliese Kramer

03. Pieczęćka płatnika

XII. OŚWIADCZENIE OSOBY ZGŁASZANEJ / ZGŁOSZONEJ DO UBEZPIECZENIA

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

01. Podpis osoby zgłaszanej / zgłoszonej do ubezpieczenia