

Wniosek o weryfikację danych udostępnionych instytucji uprawnionej do ich pozyskania

Instrukcja wypełniania

Wypełnij ten wniosek, jeśli otrzymałeś dane z ZUS w ramach usługi wymiany danych dla instytucji publicznych i wymagają one wyjaśnienia. Jeśli masz wydruk danych, które otrzymałeś, dołącz go do wniosku.

Przeznaczenie danych: realizacja zadań z obszaru zabezpieczenia społecznego, rynku pracy, PFRON oraz innych instytucji publicznych.

Dane instytucji uprawnionej

NIP	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>									
REGON	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Nazwa skrócona	<input type="text"/>																			
Ulica	<input type="text"/>																			
Numer domu	<input type="text"/>	Numer lokalu	<input type="text"/>																	
Kod pocztowy	<input type="text"/>	Miejscowość	<input type="text"/>																	
Numer telefonu	<input type="text"/>																			
	To pole nie jest obowiązkowe. Jeśli je wypełnisz to ułatwisz nam kontakt w sprawie																			
Adres e-mail	<input type="text"/>																			
	To pole nie jest obowiązkowe. Jeśli je wypełnisz to ułatwisz nam kontakt w sprawie																			

Dane podmiotu, z którego konta były udostępnione informacje

NIP	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
REGON	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
PESEL	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Nazwa	<input type="text"/>																			
Imię i nazwisko	<input type="text"/>																			
Rodzaj, seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość	<input type="text"/>																			

Zaznacz, jakiego obszaru dotyczy reklamowany zakres

<input type="checkbox"/>	Świadczeniobiorca – zasiłki	<input type="checkbox"/>	Ubezpieczony
<input type="checkbox"/>	Świadczeniobiorca – emerytury i renty	<input type="checkbox"/>	Płatnik składek

Usługa, której dotyczy wniosek

Dotyczy informacji:

Podaj symbol usługi, w ramach której pozyskano dane, np. U1, Z1.

Data otrzymania odpowiedzi w ramach usługi

dd	/	mm	/	rrrr			

Informacje pozyskane w ramach usługi, które wymagają wyjaśnienia

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> data powstania obowiązku ubezpieczeń społecznych
<input type="checkbox"/> rodzaje ubezpieczeń oraz określenie, czy są dobrowolne, czy obowiązkowe
<input type="checkbox"/> kod i nazwa tytułu ubezpieczenia
<input type="checkbox"/> informacja o podstawie wymiaru składek na ubezpieczenia społeczne
<input type="checkbox"/> informacja o przekroczeniu rocznej podstawy wymiaru składek na ubezpieczenia emerytalne i rentowe
<input type="checkbox"/> obywatelstwo
<input type="checkbox"/> rodzaj i symbol świadczenia
<input type="checkbox"/> wysokość świadczenia
<input type="checkbox"/> data, od której przysługuje świadczenie
<input type="checkbox"/> inne informacje | <input type="checkbox"/> data zgłoszenia do ubezpieczeń społecznych lub do ubezpieczenia zdrowotnego
<input type="checkbox"/> data wyrejestrowania z ubezpieczeń społecznych lub z ubezpieczenia zdrowotnego
<input type="checkbox"/> wymiar czasu pracy
<input type="checkbox"/> wysokość składki na ubezpieczenie zdrowotne
<input type="checkbox"/> informacje o przerwach w opłacaniu składek
<input type="checkbox"/> imię i nazwisko oraz data uzyskania lub utraty uprawnień do ubezpieczenia zdrowotnego przez członka rodziny
<input type="checkbox"/> okres świadczenia
<input type="checkbox"/> data wydania decyzji przyznającej świadczenie
<input type="checkbox"/> data ustania prawa do świadczenia |
|--|---|

Okres, którego dotyczą udostępnione dane:

od

dd	/	mm	/	rrrr			

 do

dd	/	mm	/	rrrr			

Załączniki

Załączam wydruk danych uzyskanych w ramach usługi TAK NIE

Sposób odbioru odpowiedzi

w placówce ZUS (osobiście lub przez osobę upoważnioną) pocztą na adres wskazany we wniosku

Data

dd	/	mm	/	rrrr			

Podpis/ pieczęćka funkcyjna

Informacje, o których mowa w art. 13 ust. 1 i 2 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (RODO), są dostępne w centrali lub terenowych jednostkach organizacyjnych ZUS oraz na stronie internetowej ZUS pod adresem: <https://bip.zus.pl/rodo>