

**ZGŁOSZENIE REKLAMACJI DO INFORMACJI O STANIE KONTA OSOBY UBEZPIECZONEJ  
ZA ROK**

(WYPEŁNIĆ WŁAŚCIWE POLE)

 /  /  / 

IDENTYFIKATOR INFORMACJI O STANIE KONTA \*

**I. AKTUALNE DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY UBEZPIECZONEJ**

01. PESEL	<input type="text"/>	05. Rodzaj dokumentu: jeżeli dowód osobisty – wpisać 1, jeżeli paszport – 2	<input type="text"/>
02. NIP	<input type="text"/>	06. Seria i numer dokumentu tożsamości	<input type="text"/>
03. Nazwisko	<input type="text"/>		
04. Imię pierwsze	<input type="text"/>	07. Data urodzenia (dd/mm/rrrr)	<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>

**II. AKTUALNE DANE ADRESOWE OSOBY UBEZPIECZONEJ (adres zamieszkania)**

01. Kod pocztowy	<input type="text"/> - <input type="text"/>	02. Miejscowość	<input type="text"/>		
03. Ulica	<input type="text"/>	04. Numer domu	<input type="text"/>	05. Numer lokalu	<input type="text"/>
06. Gmina/ Dzielnica	<input type="text"/>	07. Numer telefonu	<input type="text"/>	08. Numer faksu	<input type="text"/>

**III. PRZYCZYNY REKLAMACJI \*\***

01. <input type="checkbox"/> Brak informacji	02. <input type="checkbox"/> Otrzymanie więcej niż jednej informacji
03. <input type="checkbox"/> Nieprawidłowe dane identyfikacyjne ubezpieczonego	04. <input type="checkbox"/> Nieprawidłowe dane adresowe ubezpieczonego
05. <input type="checkbox"/> Brak składki (w wysokości nominalnej)	Dotyczy okresu: <input type="text"/>
06. <input type="checkbox"/> Nieprawidłowa wysokość składki (w wysokości nominalnej)	Dotyczy okresu: <input type="text"/>
07. <input type="checkbox"/> Brak kwoty składek należnych na OFE	08. <input type="checkbox"/> Nieprawidłowa wysokość składek należnych na OFE
09. <input type="checkbox"/> Brak kwoty składek odprowadzonych do OFE	10. <input type="checkbox"/> Nieprawidłowa wysokość składek odprowadzonych do OFE
11. <input type="checkbox"/> Brak kwoty zwaloryzowanych składek	12. <input type="checkbox"/> Nieprawidłowa wysokość zwaloryzowanych składek
13. <input type="checkbox"/> Brak kwoty zwaloryzowanego kapitału początkowego	14. <input type="checkbox"/> Nieprawidłowa wysokość zwaloryzowanego kapitału początkowego
15. Inne	<input type="text"/>

\* W przypadku otrzymania więcej niż jednej informacji o stanie konta należy podać identyfikator każdej z nich wypełniając blok IV. Natomiast w przypadku gdy reklamacja dotyczy braku informacji pole należy pozostawić niewypełnione.

\*\* W odpowiednim polu/polach należy wpisać X

**III.A. DANE IDENTYFIKACYJNE PŁATNIKA / PŁATNIKÓW SKŁADEK W ODNIESIENIU DO PRZYCZYNY REKLAMACJI**

(Dotyczy przyczyn reklamacji wymienionych w części III w punktach od 1 do 12 oraz w punkcie 15)

Numer Pola***	Okres zatrudnienia /podlegania ubezpieczeniu emerytalnemu/	NIP	REGON	PESEL	NAZWA / NAZWISKO i IMIĘ

**IV. INNE DANE**a.  /  /  / b.  /  /  / **DODATKOWE WYJAŚNIENIA UBEZPIECZONEGO DO ZGŁOSZONYCH PRZYCZYŃ REKLAMACJI**

Data

Podpis ubezpieczonego

**ZAŁĄCZNIKI:****ADNOTACJE ZUS**

\*\*\* podać odpowiedni numer pola/pól z bloku III