

ZAKŁAD UBEZPIECZEŃ
SPOŁECZNYCH

ZUS ZZA

strona: 1

ZGŁOSZENIE DO UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO /
ZGŁOSZENIE ZMIANY DANYCH

I. DANE ORGANIZACYJNE

01. ZGŁOSZENIE DO UBEZPIECZENIA
ZDROWOTNEGO (jeśli TAK, wpisać X)

02. ZGŁOSZENIE ZMIANY (wpisać - 1) /
KOREKTY (wpisać - 2) DANYCH¹⁾

03. Data nadania (dd / mm / rrrr)

04. Nalepka «R»

II. DANE IDENTYFIKACYJNE
PLATNIKA SKŁADEK

01. NIP (wpisać bez kresek)

02. REGON

03. PESEL

INNY NUMER

04. Rodzaj dokumentu:
jeśli dowód osobisty, wpisać 1,
jeśli paszport - 2

05. Seria i numer dokumentu

06. Nazwa skrócona

07. Nazwisko

08. Imię pierwsze

09. Data urodzenia (dd / mm / rrrr)

III. DANE IDENTYFIKACYJNE
OSOBY ZGŁASZANEJ
DO UBEZPIECZENIA

01. PESEL

02. NIP (wpisać bez kresek)

03. Rodzaj dokumentu
(wypełnić jak pole II.04)

04. Seria i numer dokumentu

05. Nazwisko

06. Imię pierwsze

07. Data urodzenia (dd / mm / rrrr)

IV. DANE EWIDENCYJNE OSOBY ZGŁASZANEJ DO UBEZPIECZENIA

01. Imię drugie

02. Nazwisko rodowe

03. Obywatelstwo

04. Płeć (wpisać: K - kobieta,
M - mężczyzna)

05.

06.

V. TYTUŁ UBEZPIECZENIA

01. Kod tytułu ubezpieczenia^{2), 3)}

VI. DANE O OBOWIĄZKOWYM UBEZPIECZENIU ZDROWOTNYM

01. Data powstania obowiązku ubezpieczenia (dd / mm / rrrr)

VII. DANE O DOBROWOLNYM UBEZPIECZENIU ZDROWOTNYM

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

02.

VIII. DANE O ODDZIALE NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA

01. Kod oddziału²⁾

NFZ

03.

IX. 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)

X. ADRES ZAMIESZKANIA (wpisać, jeśli adres zamieszkania jest inny niż adres zameldowania na stałe miejsce pobytu)

| | |
|-----------------------|--|
| 01. Kod pocztowy | 02. Miejscowość |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 03. Gmina / Dzielnica | |
| <input type="text"/> | |
| 04. Ulica | |
| <input type="text"/> | |
| 05. Numer domu | 06. Numer lokalu |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 07. Numer telefonu | 08. Symbol państwa - zagraniczny kod pocztowy (wypełnić w przypadku, gdy adres jest inny niż polski) |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> |

XI. 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 |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 03. Ulica | |
| <input type="text"/> | |
| 04. Numer domu | 05. Numer lokalu |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 06. Skrytka pocztowa | 07. Numer telefonu |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 08. Symbol państwa - zagraniczny kod pocztowy (wypełnić w przypadku, gdy adres jest inny niż polski) | |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 09. Adres poczty elektronicznej | |
| <input type="text"/> | |

XII. OŚWIADCZENIE PŁATNIKA SKŁADEK

01. Data wypełnienia (dd / mm / rrrr)

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

XIII. 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

XIV. ADNOTACJE ZUS

¹⁾ W przypadku zmiany danych identyfikacyjnych należy wypełnić formularz ZUS ZIUa.

²⁾ Wpisać odpowiedni kod podany w instrukcji.

³⁾ Dla określonego kodu tytułu ubezpieczenia należy wypełnić formularz ZUS ZBA.