

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) DANYCH<sup>1)</sup>

03. Data nadania (dd / mm / rrrr)

04. Nalepka «R»

### II. DANE IDENTYFIKACYJNE PLATNIKA SKŁADEK

01. Numer NIP (wpisać bez kresek)

02. Numer REGON

03. Numer PESEL<sup>2)</sup>

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)

II. DANE IDENTYFIKACYJNE  
PLATNIKA SKŁADEK

### III. DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY ZGŁASZANEJ DO UBEZPIECZENIA

01. Numer PESEL<sup>2)</sup>

02.

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

04. Seria i numer dokumentu

05. Nazwisko

06. Imię pierwsze

07. Data urodzenia (dd / mm / rrrr)

III. DANE IDENTYFIKACYJNE  
OSOBY ZGŁASZANEJ  
DO UBEZPIECZENIA

### IV. DANE EWIDENCYJNE OSOBY ZGŁASZANEJ DO UBEZPIECZENIA

01. Imię drugie

02. Nazwisko rodowe

03. Obywatelstwo

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

### V. TYTUŁ UBEZPIECZENIA

01. Kod tytułu  
ubezpieczenia<sup>3)</sup>

### VI. DANE O OBOWIĄZKOWYM UBEZPIECZENIU ZDROWOTNYM

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

02. Kod oddziału NFZ

### VII. DANE O DOBROWOLNYM UBEZPIECZENIU ZDROWOTNYM

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

02. Kod oddziału NFZ

### VIII. 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)

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

<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"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------

**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

<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

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

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------

09. Adres poczty elektronicznej

<input type="text"/>
----------------------

**XI. OŚWIADCZENIE PŁATNIKA SKŁADEK**

01. Data wypełnienia (dd / mm / rrrr)

<input type="text"/>
----------------------

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

<input type="text"/>
----------------------

03. Pieczęćka płatnika

<input type="text"/>
----------------------

**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

<input type="text"/>
----------------------

**XIII. ADNOTACJE ZUS**

<input type="text"/>
----------------------

<sup>1)</sup> W przypadku zmiany danych identyfikacyjnych należy wypełnić formularz ZUS ZIUUA.

<sup>2)</sup> Numer PESEL podaje się, o ile został nadany.

<sup>3)</sup> Dla określonego kodu tytułu ubezpieczenia należy wypełnić formularz ZUS ZAA.