

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. Numer 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)

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)



ZAKLAD UBEZPIECZEN  
SPÖLECZNYCH

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)

**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

**XI. OŚWIADCZENIE PLATNIKA 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

**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  
Podpis

**XIII. ADNOTACJE ZUS**

1) W przypadku zmiany danych identyfikacyjnych należy wypełnić formularz ZUS ZIUÄ.  
2) Numer PESEL podaje się, o ile został nadany.  
3) Dla określonego kodu tytułu ubezpieczenia należy wypełnić formularz ZUS ZAA.