

PLATNIK WYPELNI POLA W WYZNACZONYCH KRATKACH KOMPUTEROWO, NA MASZYNE LUB RĘCZNIE
DUŻYMI DRUKOWANYMI LITERAMI, CZARNYM LUB NIEBIESKIM KOLOREM.

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) <input type="checkbox"/>		02. ZGŁOSZENIE ZMIANY (wpisać - 1) / KOREKTY (wpisać - 2) DANYCH ¹⁾ <input type="checkbox"/>	
03. Data nadania (dd / mm / rrrr) <input type="text"/>		04. Nalepka „R” <input type="text"/>	
II. DANE IDENTYFIKACYJNE PLATNIKA SKŁADEK			
01. Numer NIP (wpisać bez kresek) <input type="text"/>		02. Numer REGON <input type="text"/>	
03. Numer PESEL ²⁾ <input type="text"/>		05. Seria i numer dokumentu <input type="text"/>	
06. Nazwa skrócona <input type="text"/>		04. Rodzaj dokumentu: jeśli dowód osobisty, wpisać 1, <input type="text"/> jeśli paszport - 2 <input type="text"/>	
07. Nazwisko <input type="text"/>			
08. Imię pierwsze <input type="text"/>			09. Data urodzenia (dd / mm / rrrr) <input type="text"/>
III. DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY ZGŁASZANEJ DO UBEZPIECZENIA			
01. Numer PESEL ²⁾ <input type="text"/>		03. Rodzaj dokumentu (wypełnić jak pole II.04) <input type="text"/>	
05. Nazwisko <input type="text"/>		04. Seria i numer dokumentu <input type="text"/>	
06. Imię pierwsze <input type="text"/>		07. Data urodzenia (dd / mm / rrrr) <input type="text"/>	
IV. DANE EWIDENCYJNE OSOBY ZGŁASZANEJ DO UBEZPIECZENIA			
01. Imię drugie <input type="text"/>			
02. Nazwisko rodowe <input type="text"/>			
03. Obywatelstwo <input type="text"/>			04. Płeć (wpisać: K - kobieta, M - mężczyzna) <input type="text"/>
V. KOD TYTUŁU UBEZPIECZENIA I KOD WYKONYWANEGO ZAWODU			
01. Kod tytułu ubezpieczenia ³⁾ <input type="text"/>		02. Kod wykonywanego zawodu ⁴⁾ <input type="text"/>	
VI. DANE O OBOWIĄZKOWYM UBEZPIECZENIU ZDROWOTNYM			
01. Data powstania obowiązku ubezpieczenia (dd / mm / rrrr) <input type="text"/>		02. Kod oddziału NFZ <input type="text"/>	
VII. DANE O DOBROWOLNYM UBEZPIECZENIU ZDROWOTNYM			
01. Data rozpoczęcia ubezpieczenia (dd / mm / rrrr) <input type="text"/>		02. Kod oddziału NFZ <input type="text"/>	
VIII. ADRES ZAMELDOWANIA NA STAŁE MIEJSCE POBYTU			
01. Kod pocztowy <input type="text"/>		02. Miejscowość <input type="text"/>	
03. Gmina / Dzielnica <input type="text"/>			
04. Ulica <input type="text"/>			
05. Numer domu <input type="text"/>		06. Numer lokalu <input type="text"/>	
07. Numer telefonu <input type="text"/>		08. Symbol państwa - zagraniczny kod pocztowy (wypełnić w przypadku, gdy adres jest inny niż polski) <input type="text"/>	

PŁATNIK WYPEŁNIA POLA W WYZNACZONYCH KRATKACH KOMPUTEROWO, NA MASZYNIE LUB RĘCZNIE
DUŻYMI DRUKOWANYMI LITERAMI, CZARNYM LUB NIEBIESKIM KOLOREM,

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

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 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 składek lub osoby upoważnionej

03. Pieczętka płatnika składek

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

XIII. ADNOTACJE ZUS

¹⁾ W przypadku zmiany danych identyfikacyjnych należy wypełnić formularz ZUS ZIU4.
²⁾ Numer PESEL podaje się, o ile został nadany.
³⁾ Dla określonego kodu tytułu ubezpieczenia należy wypełnić formularz ZUS ZAA.
⁴⁾ Należy wpisać, kod wykonywanego zawodu. Kod zawodu stanowi sześciocyfrowy numer określony w załączniku do rozporządzenia w sprawie klasyfikacji zawodów i specjalności na potrzeby rynku pracy oraz zakresu jej stosowania.