

| | | | |
|-----------------------------------|---------|-----------|---|
| ZAKŁAD UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH | ZUS ZZA | strona: 1 | ZGŁOSZENIE DO UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO / ZGŁOSZENIE ZMIANY DANYCH |
|-----------------------------------|---------|-----------|---|

I. DANE ORGANIZACYJNE

| | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> 01. ZGŁOSZENIE DO UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO (jeśli TAK, wpisać X) | <input type="checkbox"/> 02. ZGŁOSZENIE ZMIANY (wpisać - 1) / KOREKTY (wpisać - 2) DANYCH ¹⁾ |
| 03. Data nadania (dd / mm / rrrr) | 04. Nalepka „R” |

II. DANE IDENTYFIKACYJNE PŁATNIKA SKŁADEK

| | | | |
|-----------------------------------|--|-----------------------------|-------------------------------------|
| 01. Numer NIP (wpisać bez kresek) | 02. Numer REGON | | |
| 03. Numer PESEL ²⁾ | 04. Rodzaj dokumentu: jeśli dowód osobisty, wpisać 1, <input type="checkbox"/> jeśli paszport - 2 <input type="checkbox"/> | 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. Numer PESEL ²⁾ | 02. | 03. Rodzaj dokumentu (wypełnić jak pole II.04) | 04. Seria i numer dokumentu |
| 55010203045 | | | |
| 05. Nazwisko | 06. Imię pierwsze | 07. Data urodzenia (dd / mm / rrrr) | |
| KOWALSKI | JAN | 02011955 | |

IV. DANE EWIDENCYJNE OSOBY ZGŁASZANEJ DO UBEZPIECZENIA

| | | | |
|-----------------|---------------------|------------------|--|
| 01. Imię drugie | 02. Nazwisko rodowe | 03. Obywatelstwo | 04. Płeć (wpisać: K - kobieta, M - mężczyzna) |
| PIOTR | | POLSKIE | M |

V. TYTUŁ UBEZPIECZENIA

| |
|--|
| 01. Kod tytułu ubezpieczenia ³⁾ |
|--|

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 |
| 00-001 | WARSZAWA |
| 03. Gmina / Dzielnica | 04. Ulica |
| CENTRUM | MARSZAŁKOWSKA |
| 05. Numer domu | 06. Numer lokalu |
| 1 | 1 |
| 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

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)

22 05 2020

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

[Podpis]

03. Pieczęć 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

Jan Kowalski

XIII. ADNOTACJE ZUS

AWAX 294W 100 00
MURTHES
A2800745204X
N N

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