

ZAKŁAD UBEZPIECZEŃ  
SPOŁECZNYCH

ZUS ZZA

strona: 1

ZGŁOSZENIE DO UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO /  
ZGŁOSZENIE ZMIANY DANYCH

I. DANE ORGANIZACYJNE

**X** 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 PŁATNIKA 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

**PESEL (якщо є)**

**2 Серія і номер паспорту**

06. Nazwa skrócona

07. Nazwisko

**Прізвище**

08. Imię pierwsze

09. Data urodzenia (dd / mm / rrrr)

**Ім'я**

**Дата народження**

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

**PESEL (якщо є)**

**2 Серія і номер паспорту**

05. Nazwisko

**Прізвище**

06. Imię pierwsze

07. Data urodzenia (dd / mm / rrrr)

**Ім'я**

**Дата народження**

IV. DANE EWIDENCYJNE OSOBY ZGŁASZANEJ DO UBEZPIECZENIA

01. Imię drugie

02. Nazwisko rodowe

03. Obywatelstwo

**Громадянство**

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

**Стать**

V. TYTUŁ UBEZPIECZENIA

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

**24**

**10**

**0**

**0**

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)

**Дата підписання**

**умови з NFZ**

02. Kod oddziału NFZ

**09R**

VIII. ADRES ZAMELDOWANIA NA STAŁE MIEJSCE POBYTU

01. Kod pocztowy

02. Miejscowość

**Місто**

03. Gmina / Dzielnica

04. Ulica

**Вулиця**

05. Numer domu

06. Numer lokalu

**Будинок**

**Квартира**

07. Numer telefonu

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

**Номер телефону PL**

**Постійне місце проживання в Україні**

**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	
<input type="text"/>	
08. Symbol państwa - zagraniczny kod pocztowy (wypełnić w przypadku, gdy adres jest inny niż polski)	
<input type="text"/>	

**Адрес проживання в Польщі**

**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
<input type="text"/>	<input type="text"/>
08. Symbol państwa - zagraniczny kod pocztowy (wypełnić w przypadku, gdy adres jest inny niż polski)	
<input type="text"/>	
09. Adres poczty elektronicznej	
<input type="text"/>	

**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 lub osoby upoważnionej

**Повне ім'я та прізвище**

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

**Повне ім'я та прізвище**

**XIII. ADNOTACJE ZUS**

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

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

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