

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)

### 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)

### 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)

II. DANE IDENTYFIKACYJNE  
PLATNIKA SKŁADEK

III. DANE IDENTYFIKACYJNE  
OSOBY ZGŁASZANEJ  
DO UBEZPIECZENIA

