

ZUS ZZA

Zgłoszenie do ubezpieczenia zdrowotnego /
zgłoszenie zmiany danych



Poradnik
dla płatników
składek

Jak wypełnić i skorygować



ZAKŁAD
UBEZPIECZEŃ
SPOŁECZNYCH

ZUS ZZA

Zgłoszenie do ubezpieczenia zdrowotnego / zgłoszenie zmiany danych

Jak wypełnić i skorygować

Poradnik dla płatników składek

WWW.ZUS.PL



Zakład Ubezpieczeń Społecznych
ul. Szamocka 3, 5
01-748 Warszawa

PLATNIK WYPEŁNIA POLA W WYZNACZONYCH KRATKACH KOMPUTEROWO, NA MASZYNIE 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)

02. ZGŁOSZENIE ZMIANY (wpisać - 1) /
KOREKTY (wpisać - 2) DANYCH¹⁾

03. Data nadania (dd / mm / rrrr)

04. Nalepisa „R”

II. DANE IDENTYFIKACYJNE PLATNIKA SKŁADEK

01. Numer NIP (wpisać bez kresek)

1 2 3 4 5 6 7 8 9 0

02. Numer REGON

1 1 1 1 1 1 1 1 1 1

03. Numer PESEL²⁾

2 2 2 2 2 2 2 2 2 2

04. Rodzaj dokumentu:
jeśli dowód osobisty, wpisać 1,
jeśli paszport - 2

05. Seria i numer dokumentu

II. DANE IDENTYFIKACYJNE
PLATNIKA SKŁADEK

07. Nazwisko

K O W A L S K I

08. Imię pierwsze

J A N

09. Data urodzenia (dd / mm / rrrr)

1 1 1 1 1 9 8 0

III. DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY ZGŁASZANEJ DO UBEZPIECZENIA

01. Numer PESEL²⁾

1 1 1 1 1 1 1 1 1 1

02.

03. Rodzaj dokumentu

(wypełnić jak pole II.04)

04. Seria i numer dokumentu

05. Nazwisko

N O W A K

06. Imię pierwsze

A N N A

07. Data urodzenia (dd / mm / rrrr)

1 1 1 1 1 9 7 1

III. DANE IDENTYFIKACYJNE
OSOBY ZGŁASZANEJ
DO UBEZPIECZENIA

IV. DANE EWIDENCYJNE OSOBY ZGŁASZANEJ DO UBEZPIECZENIA

01. Imię drugie

02. Nazwisko rodowe

03. Obywatelstwo

P O L S K I E

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

K

V. KOD TYTUŁU UBEZPIECZENIA I KOD WYKONYWANEGO ZAWODU

01. Kod tytułu
ubezpieczenia³⁾

0 4 1 1 0 0

02. Kod wykonywanego
zawodu⁴⁾

2 4 1 3 0 8

VI. DANE O OBOWIĄZKOWYM UBEZPIECZENIU ZDROWOTNYM

01. Data powstania obowiązku
ubezpieczenia (dd / mm / rrrr)

1 6 0 5 2 0 2 1

02. Kod oddziału NFZ

0 7 R

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

0 2 6 7 8

02. Miejscowość

W A R S Z A W A

03. Gmina / Dzielnica

C E N T R U M

04. Ulica

M A R Z A N N Y

05. Numer domu

9

06. Numer lokalu

2

07. Numer telefonu

08. Symbol państwa - zaobscznony kod pocztowy (wypełnić w przypadku, gdy

adres jest inny niż polski)

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

XI. OŚWIADCZENIE PŁATNIKA SKŁADEK

01. Data wypełnienia (dd / mm / rrrr)

1 6 0 5 2 0 2 1

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

Jan Kowalski

03. Pieczęćka 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

Anna Nowak

XIII. ADNOTACJE ZUS

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.

⁴⁾ Należy wpisać, kod wykonywanego zawodu. Kod zawodu stanowi sześciorzeczny numer określony w załączniku do rozporządzenia w sprawie klasyfikacji zawodów i specjalności na potrzeby rynku pracy oraz zakresu jej stosowania.

DO CZEGO SŁUŻY DOKUMENT ZUS ZZA?

Formularz ZUS ZZA wypełnia się, aby zgłosić:

- ➔ do ubezpieczenia zdrowotnego ubezpieczonego, który z danego tytułu podlega wyłącznie ubezpieczeniu zdrowotnemu,
- ➔ zmianę lub korektę danych osoby ubezpieczonej (z wyjątkiem zmiany danych identyfikacyjnych, którą należy zgłosić na formularzu ZUS ZIUA oraz korekty kodu tytułu ubezpieczenia i daty objęcia ubezpieczeniem, która dokonywana jest przez wyrejestrowanie i ponowne zarejestrowanie z prawidłowymi danymi) zgłoszone na formularzu ZUS ZZA.

Zgłoszenia do ubezpieczenia zdrowotnego musisz dokonać zgodnie z przepisami ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

Zgłoszenia do ubezpieczenia dokonuje się w ciągu 7 dni od daty powstania obowiązku ubezpieczenia.

Osoba, która jest obejmowana ubezpieczeniem na zasadach dobrowolności, zgłasza wniosek o objęcie ubezpieczeniem w terminie, który wybrała, odpowiednio do umowy zawartej z właściwym według miejsca zamieszkania oddziałem Narodowego Funduszu Zdrowia.

O wszelkich zmianach w stosunku do danych wykazanych w zgłoszeniu do ubezpieczenia należy zawiadomić ZUS w terminie 7 dni od zaistnienia tych zmian.



WAŻNE Ogólne zasady sporządzania dokumentów ubezpieczeniowych oraz terminy i formy ich przekazywania znajdziesz [w poradniku *Ogólne zasady wypełniania i korygowania dokumentów ubezpieczeniowych* \[PDF, 13 397 kB\]](#).

Wzór prawidłowo wypełnionego dokumentu zgłoszeniowego ZUS ZZA przedstawiliśmy na stronach 2 i 3.

JAK WYPEŁNIĆ DOKUMENT ZUS ZZA?

Zasady poprawnego wypełnienia zgłoszenia do ubezpieczenia zdrowotnego osoby ubezpieczonej ZUS ZZA przedstawiamy poniżej.

I. DANE ORGANIZACYJNE

Wypełnij ten blok jednoznacznie, tzn. zaznacz **tylko jedno z pól**.

- ➔ Jeśli po raz pierwszy zgłaszasz ubezpieczonego z danego tytułu do ubezpieczenia zdrowotnego – w **polu 01** wpisz „X”.

PLATNIK WYPEŁNIA POLA W WYZNACZONYCH KRATKACH KOMPUTEROWO, NA MASZYNIE 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			
<input checked="" 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”	

- W przypadku zgłaszania zmiany lub korekty danych (z wyjątkiem danych identyfikacyjnych ubezpieczonego, które zgłasza się na formularzu ZUS ZIUA, oraz danych dotyczących kodu tytułu ubezpieczenia, rodzaju ubezpieczenia – obowiązkowe lub dobrowolne – i terminu jego powstania, które zgłaszasz przez wyrejestrowanie na formularzu ZUS ZWUA, a następnie złożenie prawidłowego zgłoszenia) podanych we wcześniej złożonym zgłoszeniu na formularzu ZUS ZZA ubezpieczonego z danym kodem tytułu ubezpieczenia – **w polu 02** wpisz:
- 1 – w przypadku zgłoszenia zmiany danych osoby ubezpieczonej,
 - 2 – w przypadku zgłoszenia korekty danych osoby ubezpieczonej.



Pamiętaj! **Zmiana** występuje wtedy, gdy zmieniły się dane wykazane we wcześniej złożonym zgłoszeniu, np. zmienił się adres zamieszkania.

Korekta występuje wtedy, gdy poprawia się błędy, które popełniono we wcześniej złożonym zgłoszeniu, np. został podany nieprawidłowy adres zamieszkania.

- **Pól 03 i 04** – nie wypełnia się.

II. DANE IDENTYFIKACYJNE PŁATNIKA SKŁADEK

Ten blok wypełnij szczególnie starannie, wpisując dane podane w zgłoszeniu płatnika składek ZUS ZPA, ZUS ZFA lub we wniosku CEIDG-1, a w przypadku zmiany / korekty danych identyfikacyjnych płatnika składek – dane podane w bloku III dokumentu ZUS ZIPA lub wniosku CEIDG-1.



WAŻNE Zasady podawania właściwego zestawu danych identyfikacyjnych płatnika składek znajdziesz [w poradniku *Ogólne zasady wypełniania i korygowania dokumentów ubezpieczeniowych* \[PDF, 13 397 kB\]](#).

- **W polu 01** – wpisz numer NIP (Numer Identyfikacji Podatkowej) nadany płatnikowi przez urząd skarbowy, nie oddzielając kreskami poszczególnych członów.
- **W polu 02** – wpisz numer REGON nadany płatnikowi przez Główny Urząd Statystyczny i ewidencjonowany w krajowym rejestrze urzędowym podmiotów gospodarki narodowej (numer ten może mieć 9 lub 14 znaków; wpisz go wraz z występującymi „0”).
- **Pola 03–05** – wypełniasz, jeśli jesteś płatnikiem składek będącym osobą fizyczną:
 - **w polu 03** wpisz numer PESEL (numer ewidencyjny nadany przez Rządowe Centrum Informatyczne Powszechnego Elektronicznego Systemu Ewidencji Ludności);
 - polu 04 i 05** – wypełniasz wyłącznie, jeśli nie nadano Ci numerów NIP, REGON lub PESEL albo jednego z nich:
 - **w polu 04** – w zależności od rodzaju dokumentu wpisz:
 - 1 – w przypadku dowodu osobistego,
 - 2 – w przypadku paszportu lub innego dokumentu potwierdzającego tożsamość,
 - **w polu 05** – wpisz serię i numer – odpowiednio do kodu wpisanego w pole 04 – dowodu osobistego, paszportu lub innego dokumentu potwierdzającego tożsamość.
- **W polu 06** – wpisz nazwę skróconą płatnika, która została podana w zgłoszeniu płatnika składek lub we wniosku CEIDG-1.
- **Pola 07–09** – wypełniasz, jeśli jesteś płatnikiem składek będącym osobą fizyczną:
 - **w polu 07** – wpisz nazwisko płatnika składek (poszczególne człony nazwiska oddziel kreską),
 - **w polu 08** – wpisz pierwsze imię płatnika składek,
 - **w polu 09** – wpisz datę urodzenia płatnika składek (dzień / miesiąc / rok).

II. DANE IDENTYFIKACYJNE PŁATNIKA SKŁADEK	
01. Numer NIP (wpisać bez kresek)	02. Numer REGON
1 2 3 4 5 6 7 8 9 0	1 1 1 1 1 1 1 1 1 1
03. Numer PESEL ²⁾	04. Rodzaj dokumentu: jeśli dowód osobisty, wpisać 1, jeśli paszport - 2
2 2 2 2 2 2 2 2 2 2	05. Seria i numer dokumentu
06. Nazwa skrócona	
07. Nazwisko	
K O W A L S K I	
08. Imię pierwsze	09. Data urodzenia (dd / mm / rrr)
J A N	1 1 1 1 1 9 8 0

III. DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY ZGŁASZANEJ DO UBEZPIECZENIA

Na podstawie zgłoszenia do ubezpieczenia zakładane jest ubezpieczonemu indywidualne konto, dlatego ten blok wypełnij szczególnie starannie, wpisując prawidłowo i czytelnie **numer PESEL**, a jeśli ubezpieczonemu go nie nadano – serię i numer dowodu osobistego albo paszportu oraz **nazwisko, imię pierwsze i datę urodzenia**.

- **W polu 01** – wpisz numer PESEL osoby zgłaszanej do ubezpieczenia nadany przez Rządowe Centrum Informatyczne Powszechnego Elektronicznego Systemu Ewidencji Ludności.
- **Pola 02** – nie wypełnia się,
- **Pola 03 i 04** wypełniasz, jeśli osoba zgłaszana / zgłoszona nie posiada numeru identyfikacyjnego PESEL:
 - **w polu 03** – w zależności od rodzaju dokumentu wpisz:
 - 1 – w przypadku dowodu osobistego,
 - 2 – w przypadku paszportu lub innego dokumentu potwierdzającego tożsamość,
 - **w polu 04** – wpisz serię i numer – odpowiednio do kodu wpisanego w pole 03 – dowodu osobistego, paszportu lub innego dokumentu potwierdzającego tożsamość.
- **W polu 05** – wpisz nazwisko osoby zgłaszanej / zgłoszonej do ubezpieczenia (poszczególne człony nazwiska oddziel kreską).
- **W polu 06** – wpisz pierwsze imię osoby zgłaszanej / zgłoszonej do ubezpieczenia.
- **W polu 07** – wpisz datę urodzenia osoby zgłaszanej / zgłoszonej do ubezpieczenia (dzień / miesiąc / rok).

III. DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY ZGŁASZANEJ DO UBEZPIECZENIA	
01. Numer PESEL ²⁾	02.
1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1	03. Rodzaj dokumentu (wypełnić jak pole II.04)
05. Nazwisko	04. Seria i numer dokumentu
N O W A K	
06. Imię pierwsze	07. Data urodzenia (dd / mm / rrr)
A N N A	1 1 1 1 1 9 7 1

IV. DANE EWIDENCYJNE OSOBY ZGŁASZANEJ DO UBEZPIECZENIA

- **W polu 01** – wpisz drugie imię osoby zgłaszanej do ubezpieczenia. Jeżeli nie posiada ona drugiego imienia, nie wypełniaj pola (pozostaw puste).
- **W polu 02** – wpisz nazwisko rodowe podane w metryce urodzenia.
- **W polu 03** – wpisz obywatelstwo. Niewypełnienie tego pola oznacza, że osoba zgłaszana do ubezpieczenia ma obywatelstwo polskie.
- **W polu 04** – wpisz płeć: K (kobieta), M (mężczyzna).

IV. DANE EWIDENCYJNE OSOBY ZGŁASZANEJ DO UBEZPIECZENIA	
01. Imię drugie	
02. Nazwisko rodowe	
03. Obywatelstwo	P O L S K I E
04. Płeć (wpisać: K - kobieta, M - mężczyzna)	K

V. KOD TYTUŁU UBEZPIECZENIA I KOD WYKONYWANEGO ZAWODU

Na podstawie danych podanych w tym bloku gromadzone są na koncie ubezpieczonego dane o przebiegu ubezpieczenia i kodzie wykonywanego zawodu.

- ➔ **W polu 01** – wpisz sześciocyfrowy kod tytułu ubezpieczenia (zgodnie z [poradnikiem Ogólne zasady wypełniania i korygowania dokumentów ubezpieczeniowych \[PDF, 13 397 kB\]](#)), np. dla osoby wykonującej umowę zlecenia, która nie jest uprawniona do emerytury lub renty oraz nie przedłożyła orzeczenia o stopniu niepełnosprawności, kod tytułu ubezpieczenia to: 04 11 0 0. Wypełniając ostatnie pole kodu tytułu ubezpieczenia, pamiętaj, że orzeczenie lekarza orzecznika ZUS o:
 - ➔ całkowitej niezdolności do pracy i samodzielnej egzystencji traktowane jest na równi z orzeczeniem o znacznym stopniu niepełnosprawności,
 - ➔ całkowitej niezdolności do pracy jest traktowane na równi z orzeczeniem o umiarkowanym stopniu niepełnosprawności,
 - ➔ częściowej niezdolności do pracy lub celowości przekwalifikowania jest traktowane na równi z orzeczeniem o lekkim stopniu niepełnosprawności.
- ➔ **W polu 02** – wpisz właściwy kod wykonywanego zawodu. [Kody opublikowano w rozporządzeniu Ministra Rodziny i Polityki Społecznej z dnia 13 listopada 2021 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie klasyfikacji zawodów i specjalności na potrzeby rynku pracy oraz zakresu jej stosowania.](#)

V. KOD TYTUŁU UBEZPIECZENIA I KOD WYKONYWANEGO ZAWODU	
01. Kod tytułu ubezpieczenia ³⁾	0 4 1 1 0 0
02. Kod wykonywanego zawodu ⁴⁾	2 4 1 3 0 8

VI. DANE O OBOWIĄZKOWYM UBEZPIECZENIU ZDROWOTNYM

Obowiązkowemu ubezpieczeniu zdrowotnemu podlegają osoby wymienione w art. 66 ust. 1 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

- ➔ **W polu 01** – wpisz datę, od której dla danej osoby zgłaszanej z danym kodem tytułu ubezpieczenia powstał obowiązek ubezpieczenia zdrowotnego (dzień / miesiąc / rok).
- ➔ **W polu 02** – wpisz trzyznakowy kod oddziału Narodowego Funduszu Zdrowia (zgodnie z [poradnikiem Ogólne zasady wypełniania i korygowania dokumentów ubezpieczeniowych \[PDF, 13 397 kB\]](#)), do którego zgodnie z adresem zamieszkania należy osoba zgłaszana / zgłoszona do ubezpieczenia.

VI. DANE O OBOWIĄZKOWYM UBEZPIECZENIU ZDROWOTNYM	
01. Data powstania obowiązku ubezpieczenia (dd / mm / rrrr)	1 6 0 5 2 0 2 1
02. Kod oddziału NFZ	0 7 R

VII. DANE O DOBROWOLNYM UBEZPIECZENIU ZDROWOTNYM

Dobrowolnemu ubezpieczeniu zdrowotnemu podlegają osoby, o których mowa w art. 68 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

- ➔ **W polu 01** – wpisz datę rozpoczęcia ubezpieczenia (dzień / miesiąc / rok).
- ➔ **W polu 02** – wpisz trzyznakowy kod oddziału Narodowego Funduszu Zdrowia (zgodnie z [poradnikiem Ogólne zasady wypełniania i korygowania dokumentów ubezpieczeniowych \[PDF, 13 397 kB\]](#)), do którego zgodnie z adresem zamieszkania należy osoba zgłaszana / zgłoszona do ubezpieczenia.

VII. DANE O DOBROWOLNYM UBEZPIECZENIU ZDROWOTNYM	
01. Data rozpoczęcia ubezpieczenia (dd / mm / rrrr)	1 6 0 5 2 0 2 1
02. Kod oddziału NFZ	0 7 R

VIII. ADRES ZAMELDOWANIA NA STAŁE MIEJSCE POBYTU

- ➔ **W polu 01** – wpisz kod pocztowy. W przypadku adresu zagranicznego nie wypełniaj pola (pozostaw puste).
- ➔ **W polu 02** – wpisz miejscowość zameldowania na stałe miejsce pobytu.
- ➔ **W polu 03** – wpisz nazwę gminy lub dzielnicy. W przypadku adresu zagranicznego nie musisz wypełniać pola (możesz pozostawić puste).
- ➔ **W polu 04** – wpisz nazwę ulicy. Jeżeli w adresie nie występuje nazwa ulicy, nie wypełniaj pola (pozostaw puste).
- ➔ **W polu 05** – wpisz numer domu. Jeżeli numer domu jest łamany, wpisz go, oddzielając numery pochyłą kreską, np. 113/115, a gdy w numerze występuje litera, wpisz wielką literę drukowaną, np. 113B, bez żadnej przerwy.
- ➔ **W polu 06** – wpisz numer lokalu. Jeżeli w adresie nie występuje numer lokalu, nie wypełniaj pola (pozostaw puste).
- ➔ **W polu 07** – wpisz numer telefonu, poprzedzając go numerem kierunkowym, np. 22 222 11 33. Jeżeli zgłaszana osoba nie posiada telefonu, nie wypełniaj pola (pozostaw puste).
- ➔ **Pole 08** – wypełnij w przypadku, gdy adres osoby zgłaszanej do ubezpieczenia / ubezpieczonej jest inny niż polski. W polu 08 wpisz dwuliterowy symbol państwa (zgodnie z [poradnikiem Ogólne zasady wypełniania i korygowania dokumentów ubezpieczeniowych \[PDF, 13 397 kB\]](#)) oraz zagraniczny kod pocztowy. W przypadku adresu polskiego nie wypełniaj pola (pozostaw puste).



WAŻNE

Pola 01 i 08 nie mogą być wypełnione łącznie.

VIII. ADRES ZAMELDOWANIA NA STAŁE MIEJSCE POBYTU	
01. Kod pocztowy	02. Miejscowość
0 9 - 4 0 0	P Ł O C K
03. Gmina / Dzielnica	
P Ł O C K	
04. Ulica	
A L E J A J A C H O W I C Z A	
05. Numer domu	06. Numer lokalu
2	3 5
07. Numer telefonu	08. Symbol państwa - zagraniczny kod pocztowy (wypełnić w przypadku, gdy adres jest inny niż polski)
	-

IX. ADRES ZAMIESZKANIA

Pola 01–08 wypełnij tylko wówczas, gdy adres zamieszkania jest inny niż adres zameldowania na stałe miejsce pobytu wskazany w bloku VIII. Pola wypełnij zgodnie z zasadami podanymi w bloku VIII „Adres zameldowania na stałe miejsce pobytu”.

X. ADRES DO KORESPONDENCJI

Pola 01–09 wypełnij tylko, jeśli osoba zgłaszana do ubezpieczenia wnioskuje o przekazywanie korespondencji na adres inny niż wskazany w bloku VIII lub IX. Pola wypełnij zgodnie z zasadami podanymi w bloku VIII „Adres zameldowania na stałe miejsce pobytu”.

→ **W polu 09** – wpisz adres poczty elektronicznej.

XI. OŚWIADCZENIE PŁATNIKA SKŁADEK

→ **W polu 01** – wpisz datę wypełnienia formularza (dzień / miesiąc / rok).

→ **W polu 02** – dla potwierdzenia wiarygodności danych składasz podpis jako płatnik składek albo składa go osoba, którą upoważniłeś.

→ **W polu 03** – przystaw swoją pieczęć jako płatnik składek (jeśli ją posiadasz).

XII. OŚWIADCZENIE OSOBY ZGŁASZANEJ / ZGŁOSZONEJ DO UBEZPIECZENIA

W polu 01 – osoba zgłaszana do ubezpieczenia / osoba ubezpieczona potwierdza własnoręcznym podpisem zgodność danych zawartych w formularzu ze stanem faktycznym.

JAK SKORYGOWAĆ ZGŁOSZENIE ZUS ZZA?

KOREKTA DANYCH ORGANIZACYJNYCH WYKAZANYCH W BLOKU I DOKUMENTU ZUS ZZA

→ Gdy w bloku I dokumentu zgłoszeniowego ZUS ZZA zamiast pola „Zgłoszenie do ubezpieczenia” zaznaczyłeś pole „Zgłoszenie zmiany / korekty danych...”,

PŁATNIK WYPEŁNIA POLA W WYZNACZONYCH KRATKACH KOMPUTEROWO, NA MASZYNIE 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 checked="" type="checkbox"/> 2	02. ZGŁOSZENIE ZMIANY (wpisać - 1) / KOREKTY (wpisać - 2) DANYCH ¹⁾
03. Data nadania (dd / mm / rrrr)		04. Nalepka „R”	

złóż prawidłowo wypełniony dokument ZUS ZZA **w trybie zgłoszenia**, tzn. w bloku I „Dane organizacyjne” wpisz „X” w polu oznaczającym zgłoszenie do ubezpieczenia.

PŁATNIK WYPEŁNIA POLA W WYZNACZONYCH KRATKACH KOMPUTEROWO, NA MASZYNIE 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)		02. ZGŁOSZENIE ZMIANY (wpisać - 1) / KOREKTY (wpisać - 2) DANYCH ¹⁾	
03. Data nadania (dd / mm / rrrr)		04. Nalepka „R”	

➔ Jeśli wypełniłeś oba pola w bloku I, złóż prawidłowo wypełniony dokument ZUS ZZA, zaznaczając odpowiednie pole w bloku I.

KOREKTA DANYCH IDENTYFIKACYJNYCH PŁATNIKA SKŁADEK WYKAZANYCH W BLOKU II DOKUMENTU ZUS ZZA

Złóż prawidłowo wypełniony dokument zgłoszenia w przypadku korekty danych identyfikacyjnych płatnika składek podanych w bloku II dokumentu zgłoszenia do ubezpieczeń ZUS ZZA – np. błędnie wpisałeś nazwisko płatnika składek – Kobialski. Poprawne nazwisko płatnika powinno brzmieć – Kowalski.

PŁATNIK WYPEŁNIA POLA W WYZNACZONYCH KRATKACH KOMPUTEROWO, NA MASZYNIE 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) 02. ZGŁOSZENIE ZMIANY (wpisać - 1) / KOREKTY (wpisać - 2) DANYCH¹⁾

03. Data nadania (dd / mm / rrrr) 04. Nalopica „R”

II. DANE IDENTYFIKACYJNE PŁATNIKA SKŁADEK

01. Numer NIP (wpisać bez kresek) 02. Numer REGON

1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1

03. Numer PESEL²⁾ 04. Rodzaj dokumentu: 05. Seria i numer dokumentu

2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 jeśli dowód osobisty, wpisać 1,
jeśli paszport - 2

06. Nazwa skrócona

07. Nazwisko

K O B I A L S K I

08. Imię pierwsze 09. Data urodzenia (dd / mm / rrrr)

J A N 1 1 1 1 1 9 8 0

II. DANE IDENTYFIKACYJNE PŁATNIKA SKŁADEK

PŁATNIK WYPEŁNIA POLA W WYZNACZONYCH KRATKACH KOMPUTEROWO, NA MASZYNIE 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) 02. ZGŁOSZENIE ZMIANY (wpisać - 1) / KOREKTY (wpisać - 2) DANYCH¹⁾

03. Data nadania (dd / mm / rrrr) 04. Nalopica „R”

II. DANE IDENTYFIKACYJNE PŁATNIKA SKŁADEK

01. Numer NIP (wpisać bez kresek) 02. Numer REGON

1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1

03. Numer PESEL²⁾ 04. Rodzaj dokumentu: 05. Seria i numer dokumentu

2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 jeśli dowód osobisty, wpisać 1,
jeśli paszport - 2

06. Nazwa skrócona

07. Nazwisko

K O W A L S K I

08. Imię pierwsze 09. Data urodzenia (dd / mm / rrrr)

J A N 1 1 1 1 1 9 8 0

II. DANE IDENTYFIKACYJNE PŁATNIKA SKŁADEK

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

ZAKŁAD UBEZPIECZEN SPOŁECZNYCH	ZUS ZIUA	ZGŁOSZENIE ZMIANY DANYCH IDENTYFIKACYJNYCH OSOBY UBEZPIECZONEJ
-----------------------------------	----------	---

I. DANE ORGANIZACYJNE

01. ZGŁOSZENIE ZMIANY (wpisać - 1) / KOREKTY (wpisać - 2)
DANYCH IDENTYFIKACYJNYCH OSOBY UBEZPIECZONEJ

02. Data nadania (dd / mm / rrr)

03. Nalepka „R”

II. DANE IDENTYFIKACYJNE PLATNIKA SKŁADEK

01. Numer NIP (wpisać bez kresek)

1 2 3 4 5 6 7 8 9 0

02. Numer REGON

1 1 1 1 1 1 1 1 1 1

03. Numer PESEL¹⁾

2 2 2 2 2 2 2 2 2 2

04. Rodzaj dokumentu:

jeśli dowód osobisty, wpisać 1,

jeśli paszport - 2

05. Seria i numer dokumentu

06. Nazwa skrócona

07. Nazwisko

K O W A L S K I

08. Imię pierwsze

J A N

09. Data urodzenia (dd / mm / rrr)

1 1 1 1 1 9 8 0

III. POPRZEDNIE DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY UBEZPIECZONEJ

01. Numer PESEL¹⁾

1 1 1 1 1 1 1 1 1 1

02. Numer NIP (wpisać bez kresek)²⁾

03. Rodzaj dokumentu

(wypełnić jak pole II.04)

04. Seria i numer dokumentu

05. Nazwisko

N O W A L

06. Imię pierwsze

A N N A

07. Data urodzenia (dd / mm / rrr)

1 1 1 1 1 9 7 1

IV. AKTUALNE DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY UBEZPIECZONEJ

01. Numer PESEL¹⁾

1 1 1 1 1 1 1 1 1 1

02.

03. Rodzaj dokumentu

(wypełnić jak pole II.04)

04. Seria i numer dokumentu

05. Nazwisko

N O W A K

06. Imię pierwsze

A N N A

07. Data urodzenia (dd / mm / rrr)

1 1 1 1 1 9 7 1

V. OŚWIADCZENIE PLATNIKA SKŁADEK

01. Data wypełnienia (dd / mm / rrr)

1 6 0 5 2 0 2 1

VI. OŚWIADCZENIE OSOBY UBEZPIECZONEJ

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

Jan Kowalski

03. Pieczętka płatnika

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 ubezpieczonej

Anna Nowak

VII. ADNOTACJE ZUS

¹⁾ Numer PESEL podaje się, o ile został nadany.

²⁾ Pole wypełnia się, o ile zmiana / korekta danych identyfikacyjnych dotyczy osoby zgłoszonej do ubezpieczeń przed 1 września 2011 r. wyłącznie z numerem NIP.

PŁATNIK WYPEŁNIA POLA W WYZNACZONYCH KRATKACH KOMPUTEROWO, NA MASZYNIE 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) 02. ZGŁOSZENIE ZMIANY (wpisać - 1) / KOREKTY (wpisać - 2) DANYCH¹⁾

03. Data nadania (dd / mm / rrrr) 04. Nalepka „R”

II. DANE IDENTYFIKACYJNE PŁATNIKA SKŁADEK

01. Numer NIP (wpisać bez kresek) 02. Numer REGION

03. Numer PESEL²⁾ 04. Rodzaj dokumentu: jeśli dowód osobisty, wpisać 1, 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 PESEL²⁾ 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)

KOREKTA LUB ZMIANA DANYCH EWIDENCYJNYCH I ADRESOWYCH UBEZPIECZONEGO W DOKUMENTACH ZUS ZZA

Korekty lub zmiany danych ewidencyjnych i adresowych ubezpieczonego – zgłoszonych blokach IV i XI–XIII **formularza ZUS ZZA** – dokonujesz, składając te dokumenty odpowiednio w trybie:

- ➔ **korekty.** Dokument zgłoszenia do ubezpieczenia w trybie korekty wypełnij, wpisując „2” w odpowiednim polu bloku I „Dane organizacyjne”, a następnie wpisz wszystkie prawidłowe dane w kolejnych blokach;

PŁATNIK WYPEŁNIA POLA W WYZNACZONYCH KRATKACH KOMPUTEROWO, NA MASZYNIE 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) 02. ZGŁOSZENIE ZMIANY (wpisać - 1) / KOREKTY (wpisać - 2) DANYCH¹⁾

03. Data nadania (dd / mm / rrrr) 04. Nalepka „R”

- ➔ **zmiany.** Dokument zgłoszenia do ubezpieczenia w trybie zmiany wypełnij, wpisując „1” w odpowiednim polu bloku I „Dane organizacyjne”, a następnie wpisz wszystkie prawidłowe dane w kolejnych blokach, uwzględniając aktualne dane ubezpieczonego.

PŁATNIK WYPEŁNIA POLA W WYZNACZONYCH KRATKACH KOMPUTEROWO, NA MASZYNIE 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) 02. ZGŁOSZENIE ZMIANY (wpisać - 1) / KOREKTY (wpisać - 2) DANYCH¹⁾

03. Data nadania (dd / mm / rrrr) 04. Nalepka „R”

KOREKTA KODU TYTUŁU UBEZPIECZENIA WYKAZANEGO W BLOKU V DOKUMENTU ZUS ZZA

- ➔ Jeśli w dokumencie zgłoszenia do ubezpieczenia podałeś kod tytułu ubezpieczenia **spoza słownika**, tj. niezgodny z obowiązującym w danym okresie wykazem kodów zawartym w odpowiednim rozporządzeniu Ministra Rodziny i Polityki Społecznej, złóż poprawnie wypełnione zgłoszenie do ubezpieczenia (tzn. wpisz „X” odpowiednio w polu 01 bloku I), z podanym w nim prawidłowym kodem tytułu ubezpieczenia.
- ➔ Jeśli w dokumencie zgłoszenia do ubezpieczenia podałeś błędny kod tytułu ubezpieczenia **ze słownika**, tj. zgodny z obowiązującym w danym okresie wykazem kodów zawartym w rozporządzeniu Ministra Rodziny i Polityki Społecznej, musisz wyrejestrować daną osobę z ubezpieczenia z dniem zarejestrowania, tj. od dnia objęcia ubezpieczeniem z nieprawidłowym kodem tytułu ubezpieczenia (na formularzu ZUS ZWUA), a następnie ponownie złożyć zgłoszenie z prawidłowym kodem tytułu ubezpieczenia (na formularzu ZUS ZZA).



PRZYKŁAD

Zgłaszając osobę wykonującą umowę zlecenia z ustalonym prawem do emerytury do ubezpieczenia zdrowotnego (na formularzu ZUS ZZA) od 16 maja 2021 r., wpisałeś błędny kod tytułu ubezpieczenia. Zamiast kodu 04 11 1 0, wpisałeś kod 04 11 0 0. Oznacza to, że jesteś zobowiązany dokonać korekty, składając dokumenty:

- ➔ ZUS ZWUA, którym wyrejestrujesz daną osobę, z datą 16 maja 2021 r., podając kod tytułu ubezpieczenia 04 11 0 0,
- ➔ ZUS ZZA, którym daną osobę z datą 16 maja 2021 r. zgłosisz do ubezpieczenia z kodem 04 11 1 0.

ZUS

ZAKŁAD
UBEZPIECZEŃ
SPOŁECZNYCH

www.zus.pl

POE

PLATFORMA USŁUG
ELEKTRONICZNYCH



załatwiał
sprawy w ZUS
przez internet



elektronicznie
wysyłaj wnioski
i odbieraj odpowiedzi



sprawdź stan
swojego konta
w ZUS

■ Centrum Obsługi Telefonicznej ZUS:

- **22 560-16-00** dla tel. komórkowych i stacjonarnych
koszt połączenia według umowy klienta z operatorem telekomunikacyjnym
- e-mail: cot@zus.pl

■ E-wizyta (wideorozmowa z pracownikiem ZUS): www.zus.pl/e-wizyta