

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



KAPITAŁ LUDZKI
CZŁOWIEK – NAJLEPSZA INWESTYCJA!



ZAKŁAD
UBEZPIECZEŃ
SPOŁECZNYCH

UNIA EUROPEJSKA
EUROPEJSKI
FUNDUSZ SPOŁECZNY



Publikacja współfinansowana ze środków Unii Europejskiej w ramach
Europejskiego Funduszu Społecznego

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)

1 2 3 4 5 6 7 8 9 0

02. Numer REGON

1 1 1 1 1 1 1 1 1

03. Numer PESEL²⁾

2 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 / 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

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. TYTUŁ UBEZPIECZENIA

01. Kod tytułu
ubezpieczenia³⁾

0 4 1 1 0 0

VI. DANE O OBOWIĄZKOWYM UBEZPIECZENIU ZDROWOTNYM

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

0 1 1 1 2 0 1 3

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

PLATNIK 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)

0 2 1 1 2 0 1 3

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. 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

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.

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.

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”.

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”	

- ➔ 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.

- ➔ **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 obywatela Unii Europejskiej,
 - ➔ **w polu 05** – wpisz serię i numer – odpowiednio do kodu wpisanego w pole 04 – dowodu osobistego, paszportu lub innego dokumentu potwierdzającego tożsamość obywatela Unii Europejskiej,
- ➔ **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
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 / rrrr)
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 obywatela Unii Europejskiej,
 - ➔ **w polu 04** – wpisz serię i numer – odpowiednio do kodu wpisanego w pole 03 – dowodu osobistego, paszportu lub innego dokumentu potwierdzającego tożsamość obywatela Unii Europejskiej.
- ➔ **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)	04. Seria i numer dokumentu
05. Nazwisko	
N O W A K	
06. Imię pierwsze	07. Data urodzenia (dd / mm / rrrr)
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. TYTUŁ UBEZPIECZENIA

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

➔ W polu 01 – wpisz sześciocyfrowy kod tytułu ubezpieczenia (zgodnie z poradnikiem *Ogólne zasady wypełniania i korygowania dokumentów ubezpieczeniowych*), 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.

V. TYTUŁ UBEZPIECZENIA	
01. Kod tytułu ubezpieczenia ³⁾	0 4 1 1 0 0

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 trzyznaczkowy kod oddziału Narodowego Funduszu Zdrowia (zgodnie z poradnikiem *Ogólne zasady wypełniania i korygowania dokumentów ubezpieczeniowych*), 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)	0 1 1 1 2 0 1 3
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*), 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)

0 1 1 1 2 0 1 3

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*) 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

0 9 - 4 0 0

02. Miejscowość

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

2

06. Numer lokalu

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...”,

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. 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.

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. 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.

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)

1 2 3 4 5 6 7 8 9 0

02. Numer REGON

1 1 1 1 1 1 1 1 1

03. Numer PESEL²⁾

2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2

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

.

06. Nazwa skrócona

.

05. Seria i numer dokumentu

.

07. Nazwisko

K O B I A L S K I

09. Data urodzenia (dd / mm / rrrr)

1 1 1 1 1 9 8 0

08. Imię pierwsze

J A N

[illegible]

KOREKTA DANYCH IDENTYFIKACYJNYCH UBEZPIECZONEGO WYKAZANYCH W BLOKU III DOKUMENTU ZUS ZZA

- Korekty danych identyfikacyjnych ubezpieczonego, np. błędnie podanego nazwiska osoby ubezpieczonej (NOWAL zamiast NOWAK),

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) DANYCH ¹⁾ ☐

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 PESEL ²⁾ 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 ²⁾ 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)

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

05. Nazwisko 06. Imię pierwsze 07. Data urodzenia (dd / mm / rrrr)

dokonujesz, składając dokument ZUS ZIUA (z zastrzeżeniem punktu następnego). Dokument ten wypełnij w następujący sposób:

- w bloku I „Dane organizacyjne” w polu 01 wpisz „2”,
- w bloku II „Dane identyfikacyjne płatnika składek” – wpisz dane identyfikacyjne płatnika składek,
- w bloku III „Poprzednie dane identyfikacyjne osoby ubezpieczonej” – wpisz zestaw danych identyfikacyjnych ubezpieczonego podanych na zgłoszeniu do ubezpieczenia ZUS ZZA, w tym nieprawidłowy identyfikator,
- w bloku IV „Aktualne dane identyfikacyjne osoby ubezpieczonej” – wpisz zestaw prawidłowych danych identyfikacyjnych ubezpieczonego,
- w bloku V „Oświadczenie płatnika składek” – wpisz datę wypełnienia dokumentu i złóż podpis,
- w bloku VI „Oświadczenie osoby ubezpieczonej” – podpis składa ubezpieczony.

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

ZAKŁAD UBEZPIECZEŃ 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 / rrrr)		03. Nalepka „R”			
II. DANE IDENTYFIKACYJNE PLATNIKA 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			
03. Numer PESEL ¹⁾		04. Rodzaj dokumentu: jeśli dowód osobisty, wpisać 1, jeśli paszport - 2		05. Seria i numer dokumentu	
2 2 2 2 2 2 2 2 2 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	
III. POPRZEDNIE DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY UBEZPIECZONEJ					
01. Numer PESEL ¹⁾		02. Numer NIP (wpisać bez kresek) ²⁾		03. Rodzaj dokumentu (wypełnić jak pole II.04)	
1 1 1 1 1 1 1 1 1 1				04. Seria i numer dokumentu	
05. Nazwisko		07. Data urodzenia (dd / mm / rrrr)			
N O W A L		1 1 1 1 1 9 7 1			
06. Imię pierwsze					
A N N A					
IV. AKTUALNE DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY UBEZPIECZONEJ					
01. Numer PESEL ¹⁾		02.		03. Rodzaj dokumentu (wypełnić jak pole II.04)	
1 1 1 1 1 1 1 1 1 1				04. Seria i numer dokumentu	
05. Nazwisko		07. Data urodzenia (dd / mm / rrrr)			
N O W A K		1 1 1 1 1 9 7 1			
06. Imię pierwsze					
A N N A					
V. OŚWIADCZENIE PLATNIKA SKŁADEK					
01. Data wypełnienia (dd / mm / rrrr)					
0 7 1 1 2 0 1 3					
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. Pieczęćka 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.

- ➔ Jeśli na dokumencie zgłoszenia do ubezpieczenia podałeś identyfikatory ubezpieczonego o błędnej strukturze, np. PESEL 8-znakowy lub – jak w poniższym przypadku – przy braku minimum identyfikacyjnego,

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

ZAKŁAD UBEZPIECZEN 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 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 jeśli dowód osobisty, wpisać 1, 1 1 1 1 1 9 8 0

jeśli paszport - 2

06. Nazwa skrócona

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⁾ 02. 03. Rodzaj dokumentu 04. Seria i numer dokumentu

(wpisać jak pole II.04)

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

złóż prawidłowo wypełniony dokument **w trybie zgłoszenia**, tzn. w dokumencie ZUS ZZA wpisz „X” w polu 01 bloku I „Dane organizacyjne”, a następnie wpisz wszystkie prawidłowe dane w kolejnych blokach.

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. Nalepka „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: jeśli dowód osobisty, wpisać 1, jeśli paszport - 2 05. Seria i numer dokumentu

2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 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

III. DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY ZGŁASZANEJ DO UBEZPIECZENIA

01. Numer PESEL²⁾ 02. 03. Rodzaj dokumentu (wypełnić jak pole II.04) 04. Seria i numer dokumentu

1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1

05. Nazwisko 06. Imię pierwsze 07. Data urodzenia (dd / mm / rrrr)

N O W A K A N N A 1 1 1 1 1 9 7 1

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;

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. 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.

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. 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 Pracy 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 Pracy 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 1 listopada 2013 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 1 listopada 2013 r., podając kod tytułu ubezpieczenia 04 11 0 0,
- ➔ ZUS ZZA, którym daną osobę z datą 1 listopada 2013 r. zgłosisz do ubezpieczenia z kodem 04 11 1 0.



www.zus.pl

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

Platforma Usług Elektronicznych: **pue.zus.pl**

Centrum Obsługi Telefonicznej ZUS:

22 560 16 00* dla tel. komórkowych i stacjonarnych

* koszt połączenia według umowy klienta z operatorem telekomunikacyjnym

Skype: **[zus_centrum_obsługi_tel](https://www.skype.com/name/plus/zus_centrum_obsługi_tel)** e-mail: **cot@zus.pl**

Publikacja współfinansowana ze środków Unii Europejskiej
w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego



KAPITAŁ LUDZKI
NARODOWA STRATEGIA SPÓJNOŚCI



UNIA EUROPEJSKA
EUROPEJSKI
FUNDUSZ SPOŁECZNY

