

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

1. DANE ORGANIZACYJNE

[pole do wypełnienia] 01. Zgłoszenie do ubezpieczenia zdrowotnego (jeśli tak, wpisać x)
[pole do wypełnienia] 02. Zgłoszenie zmiany (wpisać 1)/korekty danych (wpisać 2)
[pole do wypełnienia] 03. Data nadania (dzień/miesiąc/rok)
[pole do wypełnienia] 04. Nalepka „R”

2. DANE IDENTYFIKACYJNE PŁATNIKA SKŁADEK

[pole do wypełnienia] 01. Numer NIP (wpisać bez kresek)
[pole do wypełnienia] 02. Numer REGON
[pole do wypełnienia] 03. Numer PESEL
[pole do wypełnienia] 04. Rodzaj dokumentu: jeśli dowód osobisty wpisać 1; jeśli paszport wpisać 2
[pole do wypełnienia] 05. Seria i numer dokumentu
[pole do wypełnienia] 06. Nazwa skrócona
[pole do wypełnienia] 07. Nazwisko
[pole do wypełnienia] 08. Imię pierwsze
[pole do wypełnienia] 09. Data urodzenia (dzień/miesiąc/rok)

3. DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY ZGŁASZANEJ DO UBEZPIECZENIA

[pole do wypełnienia] 01. Numer PESEL
[pole do wypełnienia] 03. Rodzaj dokumentu (wypełnić jak pole 2.04)
[pole do wypełnienia] 04. Seria i numer dokumentu
[pole do wypełnienia] 05. Nazwisko
[pole do wypełnienia] 06. Imię pierwsze
[pole do wypełnienia] 07. Data urodzenia (dzień/miesiąc/rok)

4. DANE EWIDENCYJNE OSOBY ZGŁASZANEJ DO UBEZPIECZENIA

[pole do wypełnienia] 01. Imię drugie
[pole do wypełnienia] 02. Nazwisko rodowe
[pole do wypełnienia] 03. Obywatelstwo
[pole do wypełnienia] 04. Płeć (wpisać: K - kobieta; M - mężczyzna)

5. KOD TYTUŁU UBEZPIECZENIA I KOD WYKONYWANEGO ZAWODU

[pole do wypełnienia] 01. Kod tytułu ubezpieczenia
[pole do wypełnienia] 02. Kod wykonywanego zawodu

6. DANE O OBOWIĄZKOWYM UBEZPIECZENIU ZDROWOTNYM

[pole do wypełnienia] 01. Data powstania obowiązku ubezpieczenia (dzień/miesiąc/rok)
[pole do wypełnienia] 02. Kod oddziału NFZ

7. DANE O DOBROWOLNYM UBEZPIECZENIU ZDROWOTNYM

[pole do wypełnienia] 01. Data powstania obowiązku ubezpieczenia (dzień/miesiąc/rok)
[pole do wypełnienia] 02. Kod oddziału NFZ

8. ADRES ZAMELDOWANIA NA STAŁE MIEJSCE POBYTU

[pole do wypełnienia] 01. Kod pocztowy

[pole do wypełnienia] 02. Miejscowość

[pole do wypełnienia] 03. Gmina/Dzielnica

[pole do wypełnienia] 04. Ulica

[pole do wypełnienia] 05. Numer domu

[pole do wypełnienia] 06. Numer lokalu

[pole do wypełnienia] 07. Numer telefonu

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

9. ADRES ZAMIESZKANIA (wpisać, jeśli adres zamieszkania jest inny niż adres zameldowania na stałe miejsce pobytu)

[pole do wypełnienia] 01. Kod pocztowy

[pole do wypełnienia] 02. Miejscowość

[pole do wypełnienia] 03. Gmina/Dzielnica

[pole do wypełnienia] 04. Ulica

[pole do wypełnienia] 05. Numer domu

[pole do wypełnienia] 06. Numer lokalu

[pole do wypełnienia] 07. Numer telefonu

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

10. ADRES DO KORESPONDENCJI (wpisać, jeśli adres zamieszkania jest inny niż adres zameldowania na stałe miejsce pobytu)

[pole do wypełnienia] 01. Kod pocztowy

[pole do wypełnienia] 02. Miejscowość

[pole do wypełnienia] 03. Gmina/Dzielnica

[pole do wypełnienia] 04. Ulica

[pole do wypełnienia] 05. Numer domu

[pole do wypełnienia] 06. Numer lokalu

[pole do wypełnienia] 07. Numer telefonu

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

[pole do wypełnienia] 09. Adres poczty elektronicznej

11. OŚWIADCZENIE PŁATNIKA SKŁADEK

[pole do wypełnienia] 01. Data wypełnienia (dzień/miesiąc/rok)

Oświadczam, że dane zawarte w formularzu są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym. Jestem świadomy/świadoma odpowiedzialności karnej za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy.

[pole do wypełnienia] 02. Podpis płatnika składek lub osoby upoważnionej

[pole do wypełnienia] 03. Pieczęć płatnika składek

12. OŚWIADCZENIE OSOBY ZGŁASZANEJ/ZGŁOSZONEJ DO UBEZPIECZENIA

Oświadczam, że dane zawarte w formularzu są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym. Jestem świadomy/świadoma odpowiedzialności karnej za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy.

[pole do wypełnienia] 01. Podpis osoby zgłaszanej/zgłoszonej do ubezpieczenia

13. ADNOTACJE ZUS