

# 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

PLATNIK WYPEŁNIA POLA W WYZNACZONYCH KRATKACH KOMPUTEROWO, NA MASZYNE 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<sup>1)</sup>

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 1

03. Numer PESEL<sup>2)</sup>

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

II. DANE IDENTYFIKACYJNE  
PŁATNIKA SKŁADEK

## III. DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY ZGŁASZANEJ DO UBEZPIECZENIA

01. Numer PESEL<sup>2)</sup>

1 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. TYTUŁ UBEZPIECZENIA

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

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

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

**XI. OŚWIADCZENIE PLATNIKA 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. 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

Anna Nowak

**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.

## 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 MASZYNE 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 <sup>1)</sup>	
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 1
03. Numer PESEL <sup>2)</sup>	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 <sup>2)</sup>	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 <sup>3)</sup>	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...”,

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

ZAKŁAD UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH	<b>ZUS ZZA</b>	strona: 1	<b>ZGŁOSZENIE DO UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO / ZGŁOSZENIE ZMIANY DANYCH</b>
<b>I. DANE ORGANIZACYJNE</b>			
<input type="checkbox"/> 01. ZGŁOSZENIE DO UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO (jeśli TAK, wpisać X)		<input checked="" type="checkbox"/> 2	02. ZGŁOSZENIE ZMIANY (wpisać - 1) / KOREKTY (wpisać - 2) DANYCH <sup>1)</sup>
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	<b>ZUS ZZA</b>	strona: 1	<b>ZGŁOSZENIE DO UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO / ZGŁOSZENIE ZMIANY DANYCH</b>
<b>I. DANE ORGANIZACYJNE</b>			
<input checked="" type="checkbox"/> 01. ZGŁOSZENIE DO UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO (jeśli TAK, wpisać X)		<input type="checkbox"/> 2	02. ZGŁOSZENIE ZMIANY (wpisać - 1) / KOREKTY (wpisać - 2) DANYCH <sup>1)</sup>
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 MASZYJNIE LUB RĘCZNIE  
DUŻYMI DRUKOWANYMI LITERAMI, CZARNYM LUB NIEBIESKIM KOLOREM.

ZAKŁAD UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH	<b>ZUS ZZA</b>	strona: 1	<b>ZGŁOSZENIE DO UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO / ZGŁOSZENIE ZMIANY DANYCH</b>
-----------------------------------	----------------	-----------	---

**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 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<sup>2)</sup>      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 MASZYJNIE LUB RĘCZNIE  
DUŻYMI DRUKOWANYMI LITERAMI, CZARNYM LUB NIEBIESKIM KOLOREM.

ZAKŁAD UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH	<b>ZUS ZZA</b>	strona: 1	<b>ZGŁOSZENIE DO UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO / ZGŁOSZENIE ZMIANY DANYCH</b>
-----------------------------------	----------------	-----------	---

**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 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<sup>2)</sup>      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

## KOREKTA DANYCH IDENTYFIKACYJNYCH UBEZPIECZONEGO WYKAZANYCH W BLOKU III DOKUMENTU ZUS ZZA

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

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

ZAKŁAD UBEZPIECZEN SPOŁECZNYCH	<b>ZUS ZZA</b>	strona: 1	<b>ZGŁOSZENIE DO UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO / ZGŁOSZENIE ZMIANY DANYCH</b>
<b>I. DANE ORGANIZACYJNE</b>			
<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 <sup>1)</sup>	
03. Data nadania (dd / mm / rrrr)		04. Nalepka „R”	
<b>II. DANE IDENTYFIKACYJNE PŁATNIKA SKŁADEK</b>			
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 <sup>2)</sup>		05. Seria i numer dokumentu	
2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2			
06. Nazwa skrócona		04. Rodzaj dokumentu: jeśli dowód osobisty, wpisać 1, jeśli paszport - 2	
07. Nazwisko		09. Data urodzenia (dd / mm / rrrr)	
K O W A L S K I		1 1 1 1 1 9 8 0	
08. Imię pierwsze			
J A N			
<b>III. DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY ZGŁASZANEJ DO UBEZPIECZENIA</b>			
01. Numer PESEL <sup>2)</sup>		03. Rodzaj dokumentu (wypełnić jak pole II.04)	
1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1			
05. Nazwisko		04. Seria i numer dokumentu	
N O W A L			
06. Imię pierwsze		07. Data urodzenia (dd / mm / rrrr)	
A N N A		1 1 1 1 1 9 7 1	

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 MASZYNE 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

03. Numer PESEL<sup>1)</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. POPRZEDNIE DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY UBEZPIECZONEJ**

01. Numer PESEL<sup>1)</sup>

02. Numer NIP (wpisać bez kresek)<sup>2)</sup>

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. AKTUALNE DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY UBEZPIECZONEJ**

01. Numer PESEL<sup>1)</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)

**V. OŚWIADCZENIE PLATNIKA SKŁADEK**

01. Data wypełnienia (dd / mm / rrrr)

**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**

<sup>1)</sup> Numer PESEL podaje się, o ile został nadany.  
<sup>2)</sup> 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) 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

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

03. Numer PESEL<sup>2)</sup>      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      \_\_\_\_\_

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 PESEL<sup>2)</sup>      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

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 MASZYNE 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<sup>1)</sup>

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 1 \_\_\_\_\_

03. Numer PESEL<sup>2)</sup> 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 \_\_\_\_\_ 04. Rodzaj dokumentu: jeśli dowód osobisty, wpisać 1, \_\_\_\_\_ 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 PESEL<sup>2)</sup> 1 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 \_\_\_\_\_

## 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;

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” \_\_\_\_\_

- ➔ **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.

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” \_\_\_\_\_



## 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](http://www.zus.pl)

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

Platforma Usług Elektronicznych: [pue.zus.pl](http://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](mailto:cot@zus.pl)

Publikacja współfinansowana ze środków Unii Europejskiej  
w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego



**KAPITAŁ LUDZKI**  
NARODOWA STRATEGIA SPÓJNOŚCI



**UNIA EUROPEJSKA**  
EUROPEJSKI  
FUNDUSZ SPOŁECZNY

