

ZAKŁAD UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH **ZUS ZZA** strona: 1 **ZGŁOSZENIE DO UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO / ZGŁOSZENIE ZMIANY DANYCH**

zaznacz

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”

jeśeś płatnikiem podaj swoje dane

II. DANE IDENTYFIKACYJNE PŁATNIKA SKŁADEK
01. Numer NIP (wpisać bez kresek) 02. Numer REGON
03. Numer PESEL²⁾ 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)

podaj dane niani

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)

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

**wpisz gdy niania ma:
- emeryturę – 1
- rentę – 2**

V. TYTUŁ UBEZPIECZENIA
01. Kod tytułu ubezpieczenia³⁾

płeć niani

podaj datę rozpoczęcia pracy przez nianię

VI. DANE O OBOWIĄZKOWYM UBEZPIECZENIU ZDROWOTNYM
01. Data powstania obowiązku ubezpieczenia (dd / mm / rrrr) 02. Kod oddziału NFZ

podaj kod Oddziału NFZ niani

VII. DANE O DOBROWOLNYM UBEZPIECZENIU ZDROWOTNYM
01. Data rozpoczęcia ubezpieczenia (dd / mm / rrrr) 02. Kod oddziału NFZ

adres niani

VIII. ADRES ZAMELDOWANIA NA STAŁE MIEJSCE POBYTU
01. Kod pocztowy 02. Miejscowość
03. Gmina / Dzielnica
04. Ulica
05. Numer domu 06. Numer lokalu
07. Numer telefonu 08. Symbol państwa - zagraniczny kod pocztowy (wypełnić w przypadku, gdy adres jest inny niż polski)

**gdy niania ma ustaloną niepełnosprawność podaj kod:
1 – lekki stopień niepełnosprawności,
2 – umiarkowany stopień niepełnosprawności,
3 – znaczny stopień niepełnosprawności**

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 PLATNIKA SKŁADEK

01. Data wypełnienia (dd / mm / rrrr)

0 5 0 1 2 0 1 8

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

jestes płatnikiem podpisz

03. Pieczętka 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

podpis niani

XIII. ADNOTACJE ZUS

¹⁾ W przypadku zmiany danych identyfikacyjnych należy wypełnić formularz ZUS ZIU.A.
²⁾ Numer PESEL podaje się, o ile został nadany.
³⁾ Dla określonego kodu tytułu ubezpieczenia należy wypełnić formularz ZUS ZAA.

wypełnij jeśli
adresy są inne
niż podany na
poprzedniej
stronie

podaj datę
wypełnienia
dokumentu