

# ZUS ZUA

**Zgłoszenie do ubezpieczeń /  
zgłoszenie zmiany danych  
osoby ubezpieczonej**



**Poradnik  
dla płatników  
składek**

**Jak wypełnić i skorygować**



**ZAKŁAD  
UBEZPIECZEŃ  
SPOŁECZNYCH**

# ZUS ZUA

## Zgłoszenie do ubezpieczeń / zgłoszenie zmiany danych osoby ubezpieczonej

## Jak wypełnić i skorygować

### Poradnik dla płatników składek

[WWW.ZUS.PL](http://WWW.ZUS.PL)



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



ZAKŁAD  
UBEZPIECZEŃ  
SPOŁECZNYCH

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

ZAKŁAD UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH		ZUS ZUA		strona: 1	ZGŁOSZENIE DO UBEZPIECZEŃ / ZGŁOSZENIE ZMIANY DANYCH OSOBY UBEZPIECZONEJ	
<b>I. DANE ORGANIZACYJNE</b>						
01. ZGŁOSZENIE DO UBEZPIECZEŃ (jeśli TAK, wpisać X)		02. ZGŁOSZENIE ZMIANY (wpisać - 1) / KOREKTY (wpisać - 2) DANYCH OSOBY UBEZPIECZONEJ (nie dotyczy zmiany danych identyfikacyjnych) <sup>1)</sup>				
03. Data nadania (dd / mm / rrrr)		04. Nalepka „R”				
<b>II. DANE IDENTYFIKACYJNE PLATNIKA 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				04. Rodzaj dokumentu: 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		
<b>III. DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY ZGŁASZANEJ DO UBEZPIECZEŃ</b>						
01. Numer PESEL <sup>2)</sup>				02.		03. Rodzaj dokumentu (wypełnić jak pole II.04)
1 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				07. Data urodzenia (dd / mm / rrrr)		
A N N A				1 1 1 1 1 9 7 1		
<b>IV. DANE EWIDENCYJNE OSOBY ZGŁASZANEJ DO UBEZPIECZEŃ</b>						
01. Imię drugie						
02. Nazwisko rodowe						
03. Obywatelstwo						
P O L S K I E						
04. Płeć (wpisać: K - kobieta, M - mężczyzna)						
K						
<b>V. TYTUŁ UBEZPIECZENIA</b>						
01. Kod tytułu ubezpieczenia <sup>3)</sup>						
0 1 1 0 0 0						
<b>VI. DANE O OBOWIĄZKOWYCH UBEZPIECZENIACH SPOŁECZNYCH</b>						
01. Data powstania obowiązku ubezpieczeń (dd / mm / rrrr)				Osoba zgłaszana podlega ubezpieczeniom: (wpisać X w odpowiednim polu)		
1 6 0 5 2 0 2 1				02. Emerytalnemu <input checked="" type="checkbox"/> 04. Chorobowemu <input checked="" type="checkbox"/>		
				03. Rentowym <input checked="" type="checkbox"/> 05. Wypadkowemu <input checked="" type="checkbox"/>		
<b>VII. DANE O OBOWIĄZKOWYM UBEZPIECZENIU ZDROWOTNYM</b>						
01. Data powstania obowiązku ubezpieczenia (dd / mm / rrrr)				02. Kod oddziału NFZ		
1 6 0 5 2 0 2 1				0 7 R		
<b>VIII. DANE O DOBROWOLNYCH UBEZPIECZENIACH SPOŁECZNYCH</b>						
Wnoszę o objęcie ubezpieczeniami: (wpisać X w odpowiednim polu)						
01. Emerytalnym		03. Rentowymi		05. Chorobowym		
02. Od dnia (dd / mm / rrrr)		04. Od dnia (dd / mm / rrrr)		06. Od dnia (dd / mm / rrrr)		
<b>IX. DANE O DOBROWOLNYM UBEZPIECZENIU ZDROWOTNYM</b>						
01. Data rozpoczęcia ubezpieczenia (dd / mm / rrrr)				02. Kod oddziału NFZ		
<b>X. INNE DANE O OSOBE ZGŁASZANEJ DO UBEZPIECZEŃ</b>						
01. Kod wykonywanego zawodu <sup>4)</sup>		02. Kod pracy w szczególnych warunkach / w szczególnym charakterze <sup>5)</sup>		03. Okres pracy w szczególnych warunkach / w szczególnym charakterze <sup>5)</sup> (dd / mm / rrrr)		
2 4 1 3 0 8				- (dd / mm / rrrr)		

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

ZAKŁAD UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH	ZUS ZUA	strona: 2	ZGŁOSZENIE DO UBEZPIECZEŃ / ZGŁOSZENIE ZMIANY DANYCH OSOBY UBEZPIECZONEJ
-----------------------------------	---------	-----------	---

#### XI. ADRES ZAMELDOWANIA NA STAŁE MIEJSCE POBYTU

01. Kod pocztowy	02. Miejscowość
02 - 678	WARSAWA
03. Gmina / Dzielnica	
CENTRUM	
04. Ulica	
MARZANNY	
05. Numer domu	06. Numer lokalu
9	2
07. Numer telefonu	08. Symbol państwa - zagraniczny kod pocztowy (wypełnić w przypadku, gdy adres jest inny niż polski)

#### XII. 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)

#### XIII. 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)

#### XIV. OŚWIADCZENIE PŁATNIKA SKŁADEK

01. Data wypełnienia (dd / mm / rrrr)

16 05 2021

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

#### XV. 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

#### XVI. 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.

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

<sup>5)</sup> Pola te wypełnia się w celu zgłoszenia / korekty danych dotyczących okresu sprzed dnia 1 stycznia 2009 r.

## DO CZEGO SŁUŻY DOKUMENT ZUS ZUA?

Dokument ZUS ZUA służy do zgłoszenia osoby z danego tytułu ubezpieczenia (z wyjątkiem osób przebywających na urlopie wychowawczym lub pobierających zasiłek macierzyński albo zasiłek w wysokości zasiłku macierzyńskiego; [szczegółowe informacje na ten temat znajdziesz w poradniku Zasady podlegania ubezpieczeniom społecznym i ubezpieczeniu zdrowotnemu osób przebywających na urlopie wychowawczym lub pobierających zasiłek macierzyński na naszej stronie \[www.zus.pl\]\(http://www.zus.pl\)](#)).

- ➔ do ubezpieczeń,
- ➔ zmiany / korekty danych dotyczących osoby ubezpieczonej (z wyjątkiem zmiany danych identyfikacyjnych, którą należy zgłosić na formularzu ZUS ZIUA, oraz schematu podlegania, korekty kodu tytułu ubezpieczenia i daty objęcia ubezpieczeniami, które dokonywane są przez wyrejestrowanie na formularzu ZUS ZWUA i ponowne zarejestrowanie z aktualnymi / prawidłowymi danymi zgłoszonymi na formularzu ZUS ZUA).

Zgłoszenie na formularzu ZUS ZUA musisz dokonać zgodnie z przepisami ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych.

Zgłoszenia do ubezpieczeń społecznych (i zdrowotnego) na formularzu ZUS ZUA dokonuje się w ciągu 7 dni od daty powstania obowiązku ubezpieczeń, a w przypadku twórców i artystów – w terminie 7 dni od dnia otrzymania decyzji Komisji do Spraw Zaopatrzenia Emerytalnego Twórców, ustalającej datę rozpoczęcia działalności twórczej lub artystycznej.

Osoby, które obejmowane są ubezpieczeniami społecznymi na zasadach dobrowolności, zgłaszają wniosek o objęcie tymi ubezpieczeniami w terminie przez siebie wybranym.

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



**WAŻNE**

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

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

## JAK WYPEŁNIĆ DOKUMENT ZUS ZUA?

Zasady poprawnego wypełnienia zgłoszenia osoby ubezpieczonej ZUS ZUA przedstawiamy poniżej.

### I. DANE ORGANIZACYJNE

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

- ➔ Jeśli chcesz po raz pierwszy zgłosić ubezpieczonego z danego tytułu do ubezpieczeń – 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 ZUA	strona: 1	ZGŁOSZENIE DO UBEZPIECZEŃ / ZGŁOSZENIE ZMIANY DANYCH OSOBY UBEZPIECZONEJ
<b>I. DANE ORGANIZACYJNE</b>			
<input checked="" type="checkbox"/> 01. ZGŁOSZENIE DO UBEZPIECZEŃ (jeśli TAK, wpisać X)		<input type="checkbox"/> 02. ZGŁOSZENIE ZMIANY (wpisać - 1) / KOREKTY (wpisać - 2) DANYCH OSOBY UBEZPIECZONEJ (nie dotyczy zmiany danych identyfikacyjnych) <sup>1)</sup>	
03. Data nadania (dd / mm / rrrr)		04. Nalepka „R”	

➔ Jeśli chcesz zgłosić zmianę lub korektę danych (z wyjątkiem danych identyfikacyjnych ubezpieczonego, które zgłasza się na formularzu ZUS ZIUA, oraz danych dotyczących kodu tytułu ubezpieczenia oraz rodzajów ubezpieczeń i terminów ich powstania, które zgłaszasz przez wyrejestrowanie na formularzu ZUS ZWUA i następnie złożenie prawidłowego zgłoszenia) podanych we wcześniej złożonym zgłoszeniu 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. nastąpiła zmiana adresu zamieszkania.

**Korekta** występuje wtedy, gdy poprawiasz błędy popełnione 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
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 UBEZPIECZEŃ

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

- ➔ **W polu 01** – wpisz numer PESEL osoby zgłaszanej do ubezpieczeń nadany przez Rządowe Centrum Informatyczne Powszechnego Elektronicznego Systemu Ewidencji Ludności.
- ➔ **Pola 02** – nie wypełnia się.
- ➔ **Pola 03 i 04** – wypełniasz wyłącznie, 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 polu 03 – dowodu osobistego, paszportu lub innego dokumentu potwierdzającego tożsamość.
- ➔ **W polu 05** – wpisz nazwisko osoby zgłaszanej / zgłoszonej do ubezpieczeń (poszczególne człony nazwiska oddziel kreską).
- ➔ **W polu 06** – wpisz pierwsze imię osoby zgłaszanej / zgłoszonej do ubezpieczeń.
- ➔ **W polu 07** – wpisz datę urodzenia osoby zgłaszanej / zgłoszonej do ubezpieczeń (dzień / miesiąc / rok).

III. DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY ZGŁASZANEJ DO UBEZPIECZEŃ	
01. Numer PESEL <sup>2)</sup>	02.
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 UBEZPIECZEŃ

- ➔ **W polu 01** – wpisz drugie imię osoby zgłaszanej / zgłoszonej do ubezpieczeń. Jeżeli nie posiada ona drugiego imienia, pozostaw puste pole.
- ➔ **W polu 02** – wpisz nazwisko rodowe podane w metryce urodzenia.
- ➔ **W polu 03** – wpisz obywatelstwo. Niewypełnienie tego pola oznacza, że osoba zgłaszana do ubezpieczeń ma obywatelstwo polskie.

➔ **W polu 04** – wpisz płeć: K (kobieta), M (mężczyzna).

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

## V. TYTUŁ UBEZPIECZENIA

Informacje podane w tym bloku służą do gromadzenia na koncie ubezpieczonego danych o przebiegu ubezpieczenia. Na podstawie podanego kodu tytułu ubezpieczenia weryfikowany jest także podany w blokach VI–IX schemat podlegania poszczególnym ubezpieczeniom oraz kod podany w imiennym raporcie miesięcznym złożonym za danego ubezpieczonego. Podany kod tytułu ubezpieczenia ma zatem wpływ na prawidłowość rozliczenia składek.

➔ **W polu 01** – wpisz obowiązujący w danym okresie sześciocyfrowy kod tytułu ubezpieczenia ([zgodnie z poradnikiem \*Ogólne zasady wypełniania i korygowania dokumentów ubezpieczeniowych\* \[PDF, 13 397 kB\]](#)) np. dla osoby zatrudnionej na podstawie umowy o pracę, która nie jest uprawniona do emerytury lub renty oraz nie przedłożyła pracodawcy orzeczenia o stopniu niepełnosprawności, kod tytułu ubezpieczenia jest następujący: 01 10 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 1 1 0 0 0

## VI. DANE O OBOWIĄZKOWYCH UBEZPIECZENIACH SPOŁECZNYCH

Obowiązkowym ubezpieczeniom społecznym podlegają osoby wymienione w art. 6–6b, art. 11 ust. 1 i art. 12 ust. 1 ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych.

- ➔ **W polu 01** – wpisz datę, od której powstał obowiązek ubezpieczeń społecznych (dzień / miesiąc / rok).
- ➔ **W polach 02–05** – wpisz „X” odpowiednio do rodzaju ubezpieczenia (tj. ubezpieczenie emerytalne, rentowe, chorobowe, wypadkowe), któremu osoba zgłaszana do ubezpieczeń podlega obowiązkowo z tytułu ubezpieczenia podanego w bloku V.

VI. DANE O OBOWIĄZKOWYCH UBEZPIECZENIACH SPOŁECZNYCH		Osoba zgłaszana podlega ubezpieczeniom: (wpisać X w odpowiednim polu)	
01. Data powstania obowiązku ubezpieczenia (dd / mm / rrrr)	1 6 0 5 2 0 2 1	02. Emerytalnemu <input checked="" type="checkbox"/>	04. Chorobowemu <input checked="" type="checkbox"/>
		03. Rentowym <input checked="" type="checkbox"/>	05. Wypadkowemu <input checked="" type="checkbox"/>

## VII. 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 powstał obowiązek ubezpieczenia zdrowotnego z tytułu ubezpieczenia podanego w bloku V (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 ubezpieczeń.

### VII. 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



#### WAŻNE

W przypadku zgłaszania danej osoby do obowiązkowych ubezpieczeń społecznych i do obowiązkowego ubezpieczenia zdrowotnego podaj taką samą datę podlegania tym ubezpieczeniom, z wyjątkiem osoby podlegającej ubezpieczeniu społecznemu w dniu 31 grudnia 1998 r., którą do ubezpieczeń społecznych powinienś zgłosić z tą datą, a do ubezpieczenia zdrowotnego od 1 stycznia 1999 r.

## VIII. DANE O DOBROWOLNYCH UBEZPIECZENIACH SPOŁECZNYCH

Dobrowolnym ubezpieczeniom emerytalnemu i rentowym podlegają osoby wymienione w art. 7 ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych, a także osoby, dla których ubezpieczenia te są dobrowolne w myśl art. 9 tej ustawy.

Dobrowolnie ubezpieczeniu chorobowemu podlegają osoby wymienione w art. 11 ust. 2 przywołanej ustawy, objęte obowiązkowo ubezpieczeniami emerytalnym i rentowymi.

Objęcie dobrowolnie ubezpieczeniami emerytalnym, rentowymi i chorobowym następuje od dnia wskazanego we wniosku o objęcie tymi ubezpieczeniami, nie wcześniej jednak niż od dnia, w którym wniosek został zgłoszony.

Objęcie dobrowolnie ubezpieczeniem chorobowym następuje od dnia wskazanego we wniosku tylko wówczas, gdy zgłoszenie do ubezpieczeń emerytalnego i rentowych zostanie dokonane w terminie 7 dni od daty powstania obowiązku tych ubezpieczeń.



#### WAŻNE

➔ Osoby zgłaszane do obowiązkowych ubezpieczeń emerytalnego i rentowych oraz do dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego obejmowane są ubezpieczeniem chorobowym od dnia wskazanego we wniosku tylko wówczas, gdy zgłoszenie do ubezpieczeń zostanie dokonane w terminie 7 dni od dnia powstania obowiązku ubezpieczeń emerytalnego i rentowych.

➔ Osoby zgłaszane do dobrowolnych ubezpieczeń emerytalnego i rentowych, podlegające równocześnie z danego tytułu obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego, należy zgłaszać do wszystkich ubezpieczeń od tej samej daty.

➔ **W polach 01, 03, 05** – wpisz „X” odpowiednio do rodzaju ubezpieczenia.

➔ **W polach 02, 04, 06** wpisz daty, od których osoba zgłaszana wnosi o objęcie dobrowolnymi ubezpieczeniami społecznymi (dzień / miesiąc / rok).


**PRZYKŁAD**

Osoba prowadząca pozarolniczą działalność gospodarczą podlega obowiązkowo ubezpieczeniom: emerytalnemu, rentowym i wypadkowemu, ubezpieczenie chorobowe jest dla tej osoby ubezpieczeniem dobrowolnym.

VIII. DANE O DOBROWOLNYCH UBEZPIECZENIACH SPOŁECZNYCH									
Wnoszę o objęcie ubezpieczeniami: (wpisać X w odpowiednim polu)									
01. Emerytalnym		03. Rentowymi		05. Chorobowym					
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>					
02. Od dnia (dd / mm / rrrr)		04. Od dnia (dd / mm / rrrr)		06. Od dnia (dd / mm / rrrr)					
<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text" value="16052021"/>					

## IX. 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 ubezpieczeń.

IX. DANE O DOBROWOLNYM UBEZPIECZENIU ZDROWOTNYM									
01. Data rozpoczęcia ubezpieczenia (dd / mm / rrrr)					02. Kod oddziału NFZ				
<input type="text" value="16052021"/>					<input type="text" value="07R"/>				

## X. INNE DANE O OSOBIE ZGŁASZANEJ DO UBEZPIECZEŃ

- ➔ **Pole 01** – wpisz właściwy kod wykonywanego zawodu. [Kody opublikowane zostały w rozporządzeniu Ministra Rodziny i Polityki Społecznej z dnia 10 grudnia 2021 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie klasyfikacji zawodów i specjalności na potrzeby rynku pracy oraz zakresu jej stosowania.](#)

Blok X pole 02 i 03 wypełniasz w celu zgłoszenia / korekty danych dotyczących okresu sprzed 1 stycznia 2009 r. Dane za okres późniejszy wykazywane są w formularzu ZUS ZSWA.

- ➔ **Pole 02** – W tym polu wpisz dziewięcioznakowy kod pracy w szczególnych warunkach bądź w szczególnym charakterze zgodnie z załącznikiem nr 17 do rozporządzenia Ministra Rodziny i Polityki Społecznej z 20 grudnia 2020 r. w sprawie określenia wzorów zgłoszeń do ubezpieczeń społecznych i ubezpieczenia zdrowotnego, imiennych raportów miesięcznych i imiennych raportów miesięcznych korygujących, zgłoszeń płatnika składek, deklaracji rozliczeniowych i deklaracji rozliczeniowych korygujących, zgłoszeń danych o pracy w szczególnych warunkach lub o szczególnym charakterze, raportów informacyjnych, oświadczeń o zamiarze przekazania raportów informacyjnych, informacji zawartych w umowach o dzieło oraz innych dokumentów.
- ➔ **W polu 03** – wpisz, jeśli wypełniłeś pole 02, okres pracy w szczególnych warunkach bądź w szczególnym charakterze „od-do” (dzień / miesiąc / rok). Jeżeli nie jest znana data zakończenia pracy w szczególnych warunkach lub w szczególnym charakterze, pole „do” pozostawiasz puste.

X. INNE DANE O OSOBIE ZGŁASZANEJ DO UBEZPIECZEŃ									
01. Kod wykonywanego zawodu <sup>4)</sup>					02. Kod pracy w szczególnych warunkach / w szczególnym charakterze <sup>5)</sup>				
<input type="text" value="241308"/>					<input type="text"/>				
					03. Okres pracy w szczególnych warunkach / w szczególnym charakterze <sup>5)</sup> (dd / mm / rrrr)				
					<input type="text" value="-"/>				

## XI. 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 osoba zgłaszana nie posiada telefonu, nie wypełniaj pola (pozostaw puste).
- ➔ **Pole 08** – wypełnij, jeśli adres osoby zgłaszanej do ubezpieczeń / 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.

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

ZAKŁAD UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH	ZUS ZUA	strona: 2	ZGŁOSZENIE DO UBEZPIECZEŃ / ZGŁOSZENIE ZMIANY DANYCH OSOBY UBEZPIECZONEJ
-----------------------------------	---------	-----------	---

  

**XI. 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):

## XII. ADRES ZAMIESZKANIA

**Pola 01–08** – wypełnij tylko, jeśli adres zamieszkania jest inny niż adres zameldowania na stałe miejsce pobytu wskazany w bloku XII. Pola wypełnij odpowiednio, z zastosowaniem zasad podanych w bloku XI „Adres zameldowania na stałe miejsce pobytu”.

## XIII. ADRES DO KORESPONDENCJI

**Pola 01–09** – wypełnij tylko, jeśli osoba zgłaszana do ubezpieczeń wnioskuje o przekazywanie korespondencji na inny adres niż wskazany w bloku XI lub XII. Pola 01–08 wypełnij zgodnie z zasadami podanymi w bloku XI „Adres zameldowania na stałe miejsce pobytu”.

- ➔ **W polu 09** – wpisz adres poczty elektronicznej.

**WAŻNE**

Jeśli adres ten nie zostanie podany lub podany adres jest błędny, np. brakuje kodu pocztowego, to korespondencja do ubezpieczonego będzie kierowana na adres zamieszkania, a jeżeli brakuje tego adresu lub jest błędny – na adres zameldowania na stałe miejsce pobytu.

## XIV. 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 lub składa go osoba, którą upoważniłeś.
- ➔ **W polu 03** – przystaw swoją pieczęć jako płatnik składek (jeśli ją posiadasz).

## XV. OŚWIADCZENIE OSOBY ZGŁASZANEJ / ZGŁOSZONEJ DO UBEZPIECZENIA

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

## JAK SKORYGOWAĆ ZGŁOSZENIE ZUS ZUA?

### KOREKTA DANYCH ORGANIZACYJNYCH WYKAZANYCH W BLOKU I DOKUMENTU ZUS ZUA

- ➔ Gdy w bloku I dokumentu zgłoszeniowego ZUS ZUA zamiast pola „Zgłoszenie do ubezpieczeń (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 ZUA	strona: 1	ZGŁOSZENIE DO UBEZPIECZEŃ / ZGŁOSZENIE ZMIANY DANYCH OSOBY UBEZPIECZONEJ
I. DANE ORGANIZACYJNE		02. ZGŁOSZENIE ZMIANY (wpisać - 1) / KOREKTY (wpisać - 2) DANYCH OSOBY UBEZPIECZONEJ (nie dotyczy zmiany danych identyfikacyjnych) <sup>1)</sup>	
01. ZGŁOSZENIE DO UBEZPIECZEŃ (jeśli TAK, wpisać X)		04. Nalepka „R”	
03. Data nadania (dd / mm / rrrr)			

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

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

ZAKŁAD UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH	ZUS ZUA	strona: 1	ZGŁOSZENIE DO UBEZPIECZEŃ / ZGŁOSZENIE ZMIANY DANYCH OSOBY UBEZPIECZONEJ
I. DANE ORGANIZACYJNE		02. ZGŁOSZENIE ZMIANY (wpisać - 1) / KOREKTY (wpisać - 2) DANYCH OSOBY UBEZPIECZONEJ (nie dotyczy zmiany danych identyfikacyjnych) <sup>1)</sup>	
01. ZGŁOSZENIE DO UBEZPIECZEŃ (jeśli TAK, wpisać X)		04. Nalepka „R”	
03. Data nadania (dd / mm / rrrr)			

- ➔ Jeśli wypełniłeś oba pola w bloku I, złóż prawidłowo wypełniony dokument ZUS ZUA, z zaznaczeniem odpowiedniego pola w bloku I.

### KOREKTA DANYCH IDENTYFIKACYJNYCH PŁATNIKA SKŁADEK WYKAZANYCH W BLOKU II DOKUMENTU ZUS ZUA

- ➔ Jeśli korygujesz dane identyfikacyjne płatnika składek, podane w bloku II dokumentu zgłoszenia do ubezpieczeń ZUS ZUA – np. błędnie wpisane nazwisko płatnika składek: Kobialski zamiast Kowalski,

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

ZAKŁAD UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH	ZUS ZUA	strona: 1	ZGŁOSZENIE DO UBEZPIECZEŃ / ZGŁOSZENIE ZMIANY DANYCH OSOBY UBEZPIECZONEJ
I. DANE ORGANIZACYJNE		02. ZGŁOSZENIE ZMIANY (wpisać - 1) / KOREKTY (wpisać - 2) DANYCH OSOBY UBEZPIECZONEJ (nie dotyczy zmiany danych identyfikacyjnych) <sup>1)</sup>	
01. ZGŁOSZENIE DO UBEZPIECZEŃ (jeśli TAK, wpisać X)		04. Nalepka „R”	
03. Data nadania (dd / mm / rrrr)			
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 <sup>2)</sup>		04. Rodzaj dokumentu: jeśli dowód osobisty, wpisać 1, jeśli paszport - 2	
2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2		05. Seria i numer dokumentu	
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	

złóż prawidłowo wypełniony dokument zgłoszenia.

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

ZAKŁAD UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH		ZUS ZUA		strona: 1	ZGŁOSZENIE DO UBEZPIECZEŃ / ZGŁOSZENIE ZMIANY DANYCH OSOBY UBEZPIECZONEJ	
<b>I. DANE ORGANIZACYJNE</b>				<b>02. ZGŁOSZENIE ZMIANY (wpisać - 1) / KOREKTY (wpisać - 2)</b> DANYCH OSOBY UBEZPIECZONEJ (nie dotyczy zmiany danych identyfikacyjnych) <sup>1)</sup>		
01. ZGŁOSZENIE DO UBEZPIECZEŃ (jeśli TAK, wpisać X)				04. Nalepka „R”		
03. Data nadania (dd / mm / rrrr)						
<b>II. DANE IDENTYFIKACYJNE PŁATNIKA SKŁADEK</b>				<b>02. Numer REGON</b>		
01. Numer NIP (wpisać bez kresek)				1 1 1 1 1 1 1 1 1 1		
1 2 3 4 5 6 7 8 9 0						
03. Numer PESEL <sup>2)</sup>				04. Rodzaj dokumentu:		
2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2				jeśli dowód osobisty, wpisać 1, jeśli paszport - 2		
06. Nazwa skrócona				05. Seria i numer dokumentu		
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		

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

→ 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 ZUA		strona: 1	ZGŁOSZENIE DO UBEZPIECZEŃ / ZGŁOSZENIE ZMIANY DANYCH OSOBY UBEZPIECZONEJ	
<b>I. DANE ORGANIZACYJNE</b>				<b>02. ZGŁOSZENIE ZMIANY (wpisać - 1) / KOREKTY (wpisać - 2)</b> DANYCH OSOBY UBEZPIECZONEJ (nie dotyczy zmiany danych identyfikacyjnych) <sup>1)</sup>		
01. ZGŁOSZENIE DO UBEZPIECZEŃ (jeśli TAK, wpisać X)				04. Nalepka „R”		
03. Data nadania (dd / mm / rrrr)						
<b>II. DANE IDENTYFIKACYJNE PŁATNIKA SKŁADEK</b>				<b>02. Numer REGON</b>		
01. Numer NIP (wpisać bez kresek)				1 1 1 1 1 1 1 1 1 1		
1 2 3 4 5 6 7 8 9 0						
03. Numer PESEL <sup>2)</sup>				04. Rodzaj dokumentu:		
2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2				jeśli dowód osobisty, wpisać 1, jeśli paszport - 2		
06. Nazwa skrócona				05. Seria i numer dokumentu		
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		
<b>III. DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY ZGŁASZANEJ DO UBEZPIECZEŃ</b>				<b>03. Rodzaj dokumentu</b> (wypełnić jak pole II.04)		
01. Numer PESEL <sup>2)</sup>				04. Seria i numer dokumentu		
1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1						
05. Nazwisko				07. Data urodzenia (dd / mm / rrr)		
N O W A L				1 1 1 1 1 9 7 1		
06. Imię pierwsze						
A N N A						

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 ubezpieczeń ZUS ZUA, 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 ZUA	ZGŁOSZENIE ZMIANY DANYCH IDENTYFIKACYJNYCH OSOBY UBEZPIECZONEJ	
<b>I. DANE ORGANIZACYJNE</b>				
01. ZGŁOSZENIE ZMIANY (wpisać - 1) / KOREKTY (wpisać - 2) DANYCH IDENTYFIKACYJNYCH OSOBY UBEZPIECZONEJ				
02. Data nadania (dd / mm / rrrr)		03. 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>1)</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				
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		
<b>III. POPRZEDNIE DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY UBEZPIECZONEJ</b>				
01. Numer PESEL <sup>1)</sup>		02. Numer NIP (wpisać bez kresek) <sup>2)</sup>		03. Rodzaj dokumentu (wypełnić jak pole II.04)
1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1				
05. Nazwisko				
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		
<b>IV. AKTUALNE DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY UBEZPIECZONEJ</b>				
01. Numer PESEL <sup>1)</sup>		02.		03. Rodzaj dokumentu (wypełnić jak pole II.04)
1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1				
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		
<b>V. OŚWIADCZENIE PŁATNIKA SKŁADEK</b>				
01. Data wypełnienia (dd / mm / rrrr)				
1 6 0 5 2 0 2 1				
<b>VI. OŚWIADCZENIE OSOBY UBEZPIECZONEJ</b>				
01. Podpis płatnika lub osoby upoważnionej				
Jan Kowalski				
03. Pieczęć 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				
Oświadczam, że dane zawarte w formularzu są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym. Jestem świadomy(-ma) odpowiedzialności karnej za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy.				

➔ Jeśli w dokumencie zgłoszenia do ubezpieczeń podałeś błędne identyfikatory ubezpieczonego, 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 UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH	<b>ZUS ZUA</b>	strona: 1	<b>ZGŁOSZENIE DO UBEZPIECZEŃ / ZGŁOSZENIE ZMIANY DANYCH OSOBY UBEZPIECZONEJ</b>
<b>I. DANE ORGANIZACYJNE</b>		<b>02. ZGŁOSZENIE ZMIANY (wpisać - 1) / KOREKTY (wpisać - 2) DANYCH OSOBY UBEZPIECZONEJ</b> (nie dotyczy zmiany danych identyfikacyjnych) <sup>1)</sup>	
<input checked="" type="checkbox"/> <b>01. ZGŁOSZENIE DO UBEZPIECZEŃ</b> (jeśli TAK, wpisać X)		<input type="checkbox"/> <b>04. Nalepka „R”</b>	
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		04. Rodzaj dokumentu: jeśli dowód osobisty, wpisać 1, jeśli paszport - 2	
06. Nazwa skrócona		05. Seria i numer dokumentu	
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		09. Data urodzenia (dd / mm / rrrr)	
J A N		1 1 1 1 1 9 8 0	
<b>III. DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY ZGŁASZANEJ DO UBEZPIECZEŃ</b>			
01. Numer PESEL <sup>2)</sup>		03. Rodzaj dokumentu (wypełnić jak pole II.04)	
05. Nazwisko		04. Seria i numer dokumentu	
N O W A K		07. Data urodzenia (dd / mm / rrrr)	
06. Imię pierwsze		07. Data urodzenia (dd / mm / rrrr)	
A N N A		1 1 1 1 1 9 7 1	

złóż prawidłowo wypełniony dokument **w trybie zgłoszenia**, tzn. w dokumencie ZUS ZUA wpisz „X” w polu 01 bloku I „Dane organizacyjne”, a następnie wpisz 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	<b>ZUS ZUA</b>	strona: 1	<b>ZGŁOSZENIE DO UBEZPIECZEŃ / ZGŁOSZENIE ZMIANY DANYCH OSOBY UBEZPIECZONEJ</b>
<b>I. DANE ORGANIZACYJNE</b>		<b>02. ZGŁOSZENIE ZMIANY (wpisać - 1) / KOREKTY (wpisać - 2) DANYCH OSOBY UBEZPIECZONEJ</b> (nie dotyczy zmiany danych identyfikacyjnych) <sup>1)</sup>	
<input checked="" type="checkbox"/> <b>01. ZGŁOSZENIE DO UBEZPIECZEŃ</b> (jeśli TAK, wpisać X)		<input type="checkbox"/> <b>04. Nalepka „R”</b>	
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		04. Rodzaj dokumentu: jeśli dowód osobisty, wpisać 1, jeśli paszport - 2	
06. Nazwa skrócona		05. Seria i numer dokumentu	
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		09. Data urodzenia (dd / mm / rrrr)	
J A N		1 1 1 1 1 9 8 0	
<b>III. DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY ZGŁASZANEJ DO UBEZPIECZEŃ</b>			
01. Numer PESEL <sup>2)</sup>		03. Rodzaj dokumentu (wypełnić jak pole II.04)	
05. Nazwisko		04. Seria i numer dokumentu	
N O W A K		07. Data urodzenia (dd / mm / rrrr)	
06. Imię pierwsze		07. Data urodzenia (dd / mm / rrrr)	
A N N A		1 1 1 1 1 9 7 1	

## KOREKTA LUB ZMIANA DANYCH EWIDENCYJNYCH I ADRESOWYCH UBEZPIECZONEGO W DOKUMENTACH ZUS ZUA

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

- ➔ **korekty.** Dokument zgłoszenia do ubezpieczeń 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 ZUA	strona: 1	ZGŁOSZENIE DO UBEZPIECZEŃ / ZGŁOSZENIE ZMIANY DANYCH OSOBY UBEZPIECZONEJ
I. DANE ORGANIZACYJNE			
01. ZGŁOSZENIE DO UBEZPIECZEŃ (jeśli TAK, wpisać X)	02. ZGŁOSZENIE ZMIANY (wpisać - 1) / KOREKTY (wpisać - 2) DANYCH OSOBY UBEZPIECZONEJ (jeśli dotyczy zmiany danych identyfikacyjnych) <sup>1)</sup>		
03. Data nadania (dd / mm / rrrr)	04. Nalepka „R”		

- ➔ **zmiany.** Dokument zgłoszenia do ubezpieczeń 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 ZUA	strona: 1	ZGŁOSZENIE DO UBEZPIECZEŃ / ZGŁOSZENIE ZMIANY DANYCH OSOBY UBEZPIECZONEJ
I. DANE ORGANIZACYJNE			
01. ZGŁOSZENIE DO UBEZPIECZEŃ (jeśli TAK, wpisać X)	02. ZGŁOSZENIE ZMIANY (wpisać - 1) / KOREKTY (wpisać - 2) DANYCH OSOBY UBEZPIECZONEJ (jeśli dotyczy zmiany danych identyfikacyjnych) <sup>1)</sup>		
03. Data nadania (dd / mm / rrrr)	04. Nalepka „R”		

## KOREKTA KODU TYTUŁU UBEZPIECZENIA WYKAZANEGO W BLOKU V DOKUMENTU ZUS ZUA

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



### PRZYKŁAD

Zgłaszając pracownika z ustalonym prawem do emerytury do ubezpieczeń społecznych i ubezpieczenia zdrowotnego (na formularzu ZUS ZUA) od 16 maja 2021 r., wpisałeś błędny kod tytułu ubezpieczenia. Zamiast kodu 01 10 1 0, wpisałeś kod 01 10 0 0. Oznacza to, że jesteś zobowiązany dokonać korekty przez złożenie dokumentów:

- ➔ ZUS ZWUA, którym wyrejestrujesz daną osobę, z datą 16 maja 2021 r., podając kod tytułu ubezpieczenia 01 10 0 0,
- ➔ ZUS ZUA, którym zgłosisz daną osobę do ubezpieczeń z datą 16 maja 2021 r., z kodem 01 10 1 0.

## KOREKTA SCHEMATU PODLEGANIA UBEZPIECZENIOM (tj. ZGŁOSZENIA DO UBEZPIECZEŃ: EMERYTALNEGO, RENTOWYCH, CHOROBOWEGO, WYPADKOWEGO I ZDROWOTNEGO) PODANEGO W DOKUMENCIE ZUS ZUA ORAZ DATY POWSTANIA OBOWIĄZKU UBEZPIECZEŃ / UBEZPIECZENIA PODANEJ W DOKUMENCIE ZUS ZUA

Aby skorygować dane wykazane w blokach VI–IX **formularza ZUS ZUA**, musisz wyrejestrować daną osobę z ubezpieczeń z dniem zarejestrowania, tj. od dnia objęcia ubezpieczeniami / ubezpieczeniem z nieprawidłowymi danymi (na formularzu ZUS ZWUA), a następnie ponownie złożyć zgłoszenie z podaniem prawidłowych danych dotyczących schematu i dat podlegania poszczególnym ubezpieczeniom (odpowiednio na formularzu ZUS ZUA).



### PRZYKŁAD

Zgłaszając pracownika do ubezpieczeń (na formularzu ZUS ZUA), wpisałeś błędną datę powstania obowiązku ubezpieczeń – zamiast 16 maja 2021 r. wpisałeś 16 kwietnia 2021 r. Aby skorygować tę pomyłkę, powinieneś złożyć za tego ubezpieczonego dokumenty:

- ➔ ZUS ZWUA, którym wyrejestrujesz pracownika z datą 16 kwietnia 2021 r.,
- ➔ ZUS ZUA, którym dokonasz prawidłowego zgłoszenia z datą 16 maja 2021 r.



ZAKŁAD  
UBEZPIECZEŃ  
SPOŁECZNYCH

www.zus.pl



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**