

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 PLATNIKA SKŁADEK

01. Numer NIP (wpisać bez kresek)

02. Numer REGON

8 9 6 0 0 0 5 8 5 1

0 0 0 0 0 1 6 1 4

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)

5 0 - 3 7 0 W r o c ł a w

2 7

II. DANE IDENTYFIKACYJNE
PLATNIKA SKŁADEK

III. DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY ZGŁASZANEJ DO UBEZPIECZENIA

01. Numer PESEL²⁾

02. Numer NIP (wpisać bez kresek)

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)

V. TYTUŁ UBEZPIECZENIA

01. Kod tytułu ubezpieczenia³⁾

2 4 1 0 0 0

VI. DANE O OBOWIĄZKOWYM UBEZPIECZENIU ZDROWOTNYM

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

02. Kod oddziału NFZ

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

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)

III. DANE IDENTYFIKACYJNE
OSOBY ZGŁASZANEJ
DO UBEZPIECZENIA

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

W R O C Ł A W

03. Gmina / Dzielnica

W R O C Ł A W

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)

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

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

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.

Imię i nazwisko studenta _____

Wrocław, _____

Data urodzenia _____

Nr PESEL _____

Data rozpoczęcia i data zakończenia studiów _____

Wydział _____

Adres zamieszkania _____

OŚWIADCZENIE STUDENTA POLITECHNIKI WROCŁAWSKIEJ

w sprawie ubezpieczenia zdrowotnego

Stosownie do postanowień ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. Nr 210, poz. 2135 z późn. Zm.), które określają, że studenci podlegają ubezpieczeniu zdrowotnemu, pod warunkiem, że nie podlegają obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego z innego tytułu, i obowiązek ubezpieczenia zdrowotnego studenta, spoczywający na Politechnice Wrocławskiej powstaje z dniem immatrykulacji, natomiast wygasa z dniem ukończenia studiów lub skreślenia z listy studenta.

Ja niżej podpisany, oświadczam, że:

- nie podlegam obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego z innego tytułu (tj. np. zatrudnienie, zawarta umowa-zlecenie, prowadzenie działalności gospodarczej, posiadanie statusu członka rodziny osoby ubezpieczonej)

Jednocześnie zobowiązuję się do zgłaszania na Wydziale wszelkich zmian w terminie 2 dni roboczych od momentu ich zaistnienia.

W załączeniu składam wypełniony druk ZUS ZZA – zgłoszenie do ubezpieczenia zdrowotnego dla studenta oraz ZUS ZCZA* lub ZUS ZCNA* dla członka rodziny.

podpis studenta

potwierdzenie Wydziału

* niepotrzebne skreślić

ZAKŁAD UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH	ZUS ZWUA	WYREJESTROWANIE Z UBEZPIECZEŃ
-----------------------------------	----------	-------------------------------

I. DANE ORGANIZACYJNE

01. WYREJESTROWANIE Z UBEZPIECZEŃ (jeśli TAK, wpisać X) 02. ZGŁOSZENIE KOREKTY DANYCH O WYREJESTROWANIU Z UBEZPIECZEŃ (jeśli TAK, wpisać X)

03. Data nadania (dd / mm / rrrr)

04. Nalepka „R”

II. DANE IDENTYFIKACYJNE PLATNIKA SKŁADEK

01. Numer NIP (wpisać bez kresek) 02. Numer REGON

8 9 6 0 0 0 5 8 5 1 0 0 0 0 0 1 6 1 4

03. Numer PESEL¹⁾ 04. Rodzaj dokumentu: jeśli dowód osobisty, wpisać 1, jeśli paszport - 2 05. Seria i numer dokumentu

06. Nazwa skrócona 07. Nazwisko

P o l i t e c h n i k a W r o c ł a w s k a

08. Imię pierwsze 09. Data urodzenia (dd / mm / rrrr)

5 0 - 3 7 0 W r o c ł a w 2 7

III. DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY WYREJESTROWYWANEJ Z UBEZPIECZEŃ

01. Numer PESEL¹⁾ 02. Numer NIP (wpisać bez kresek) 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. WYREJESTROWANIE Z UBEZPIECZEŃ

01. Kod tytułu ubezpieczenia 02. Wyrejestrowanie z ubezpieczeń od dnia (dd / mm / rrrr) 03. Kod przyczyny wyrejestrowania

2 4 1 0 0 0 0 1 1 0 2 0 1 8 6 0 0

V. OŚWIADCZENIE PLATNIKA SKŁADEK VI. OŚWIADCZENIE OSOBY WYREJESTROWYWANEJ Z UBEZPIECZEŃ

01. Data wypełnienia (dd / mm / rrrr)

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

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 wyrejestrowywanej z ubezpieczeń

03. Pieczęćka płatnika

VII. ADNOTACJE ZUS

¹⁾ Numer PESEL podaje się, o ile został nadany.