

ZAKŁAD UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH	<b>ZUS</b>	<b>ZCNA</b>	strona: <b>1</b>	<b>ZGŁOSZENIE DANYCH O CZŁONKACH RODZINY DLA CELÓW UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO</b>
-----------------------------------	------------	-------------	------------------	--

**I. DANE ORGANIZACYJNE**

01. Data nadania (dd / mm / rrrr)

02. Nalepka „R”

**II. DANE IDENTYFIKACYJNE PŁATNIKA SKŁADEK**

01. Numer NIP (wpisać bez kresek)

02. Numer REGION

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. 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)

**IV. A. DANE O CZŁONKU RODZINY OSOBY UBEZPIECZONEJ UPRAWNIONYM DO ŚWIADCZEŃ Z UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO**

01. Zgłoszenie nowego członka rodziny (wpisać -1) /  
 wyrejestrowanie członka rodziny (wpisać -2)

02. Data uzyskania / utraty uprawnień do ubezpieczenia  
zdrowotnego przez członka rodziny (dd / mm / rrrr)

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

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

05. Rodzaj dokumentu  
(wypełnić jak pole II.04)

06. Seria i numer dokumentu

07. Nazwisko

08. Imię pierwsze

09. Data urodzenia (dd / mm / rrrr)

10. Kod stopnia pokrewieństwa / powinowactwa

11. Czy pozostaje we wspólnym gospodarstwie  
domowym z osobą ubezpieczoną? Jeśli TAK, wpisać **X**.

12. Kod stopnia niepełnosprawności

**IV. B. ADRES ZAMIESZKANIA (wpisać, jeśli adres zamieszkania jest inny niż adres zamieszkania ubezpieczonego)**

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)

II. DANE IDENTYFIKACYJNE  
PŁATNIKA SKŁADEK

III. DANE  
IDENTYFIKACYJNE  
OSOBY UBEZPIECZONEJ

IV. DANE O CZŁONKU RODZINY OSOBY UBEZPIECZONEJ  
UPRAWNIONYM DO ŚWIADCZEŃ Z UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO

ZAKŁAD UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH	ZUS ZCNA	strona 2	ZGŁOSZENIE DANYCH O CZŁONKACH RODZINY DLA CELÓW UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO
-----------------------------------	----------	----------	--

**V. A. DANE O CZŁONKU RODZINY OSOBY UBEZPIECZONEJ UPRAWNIONYM DO ŚWIADCZEŃ Z UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO**

<input type="checkbox"/> 01. Zgłoszenie nowego członka rodziny (wpisać -1) / <input type="checkbox"/> wyrejestrowanie członka rodziny (wpisać -2)	<input type="checkbox"/> 02. Data uzyskania / utraty uprawnień do ubezpieczenia zdrowotnego przez członka rodziny (dd / mm / rrrr)			
<input type="checkbox"/> 03. Numer PESEL <sup>1)</sup>	<input type="checkbox"/> 04. Numer NIP (wpisać bez kresek) <sup>2)</sup>	<input type="checkbox"/> 05. Rodzaj dokumentu (wypełnić jak pole II.04)	<input type="checkbox"/> 06. Seria i numer dokumentu	
<input type="checkbox"/> 07. Nazwisko				
<input type="checkbox"/> 08. Imię pierwsze				<input type="checkbox"/> 09. Data urodzenia (dd / mm / rrrr)
<input type="checkbox"/> 10. Kod stopnia pokrewieństwa / powinowactwa	<input type="checkbox"/> 11. Czy pozostaje we wspólnym gospodarstwie domowym z osobą ubezpieczoną? Jeśli TAK, wpisać X.			
<input type="checkbox"/> 12. Kod stopnia niepełnosprawności				

**V. B. ADRES ZAMIESZKANIA (wpisać, jeśli adres zamieszkania jest inny niż adres zamieszkania ubezpieczonego)**

<input type="checkbox"/> 01. Kod pocztowy	<input type="checkbox"/> 02. Miejscowość
<input type="checkbox"/> 03. Gmina / Dzielnica	
<input type="checkbox"/> 04. Ulica	
<input type="checkbox"/> 05. Numer domu	<input type="checkbox"/> 06. Numer lokalu
<input type="checkbox"/> 07. Numer telefonu	<input type="checkbox"/> 08. Symbol państwa - zagraniczny kod pocztowy (wypełnić w przypadku, gdy adres jest inny niż polski)

**VI. OŚWIADCZENIE PLATNIKA 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. Pieczętka płatnika

**VII. 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.

01. Podpis osoby ubezpieczonej

**VIII. ADNOTACJE ZUS**

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

<sup>2)</sup> Pole wypełnia się, o ile zgłoszenie / wyrejestrowanie dotyczy członka rodziny zgłoszonego przed 1 września 2011 r. wyłączenie z numerem NIP.

V. DANE O CZŁONKU RODZINY OSOBY UBEZPIECZONEJ  
UPRAWNIONYM DO ŚWIADCZEŃ Z UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO