

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

**I. DANE ORGANIZACYJNE**

01. Data nadania (dd / mm / rrrr)	02. Nalepka „R”
-----------------------------------	-----------------

**II. DANE IDENTYFIKACYJNE PŁATNIKA SKŁADEK**

01. NIP (wpisać bez kresek)	02. REGON
03. PESEL	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. PESEL	02. 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. 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. PESEL	04. NIP (wpisać bez kresek)	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 <sup>1)</sup>	11.		
12. Czy pozostaje we wspólnym gospodarstwie domowym z osobą ubezpieczoną? Jeśli TAK, wpisać X.	13. Kod stopnia niepełnosprawności <sup>1)</sup>		

**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) / wyrejestrowanie członka rodziny (wpisać - 2)	<input type="checkbox"/> 02. Data uzyskania / utraty uprawnień do ubezpieczenia zdrowotnego przez członka rodziny (dd / mm / rrr)			
<input type="checkbox"/> 03. PESEL	<input type="checkbox"/> 04. NIP (wpisać bez kresek)	<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 / rrr)
<input type="checkbox"/> 10. Kod stopnia pokrewieństwa / powinowactwa <sup>1)</sup>		<input type="checkbox"/> 11.		
<input type="checkbox"/> 12. Czy pozostaje we wspólnym gospodarstwie domowym z osobą ubezpieczoną? Jeśli TAK, wpisać X.		<input type="checkbox"/> 13. Kod stopnia niepełnosprawności <sup>1)</sup>		

**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 / rrr)

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. Pieczęć 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>Wpisać odpowiedni kod podany w instrukcji.