

ZAKŁAD UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH	ZUS ZCNA	strona: 1	ZGŁOSZENIE DANYCH O CZŁONKACH RODZINY, KTÓRYCH ADRES ZAMIESZKANIA NIE JEST ZGODNY Z ADRESEM ZAMIESZKANIA UBEZPIECZONEGO, DLA CELÓW UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO
-----------------------------------	----------	-----------	--

I. DANE ORGANIZACYJNE

01. Data nadania (dd / mm / rrrr) 02. Nalepka "R"

II. DANE IDENTYFIKACYJNE PLATNIKA SKŁADEK

01. NIP* (wpisać bez kresek) 02. REGON
5250011266 000001258
03. PESEL INNY NUMER 05. Seria i numer dokumentu
04. Rodzaj dokumentu:
jeśli dowód osobisty, wpisać 1, jeśli paszport - 2
06. Nazwa skrócona
UW
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
98010200100 1 ABC 123456
05. Nazwisko
NOWAK
06. Imię pierwsze
ADA
07. Data urodzenia (dd / mm / rrrr)

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

1 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
22021911111
07. Nazwisko
NOWAK
08. Imię pierwsze
MONIKA
09. Data urodzenia (dd / mm / rrrr)
19022022
11 10. Kod stopnia pokrewieństwa / powinowactwa¹⁾ X 11. Czy pozostaje na wyłącznym utrzymaniu osoby
ubezpieczonej. Jeśli TAK, wpisać X.
X 12. Czy pozostaje we wspólnym gospodarstwie
domowym z osobą ubezpieczoną? Jeśli TAK, wpisać X. 0 13. Kod stopnia niepełnosprawności¹⁾

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

01. Kod pocztowy 02. Miejscowość
03. Gmina
04. Ulica
05. Numer domu 06. Numer lokalu
07. Numer telefonu 08. Numer faksu

ZAKŁAD UBEZPIECZEŃ
SPOŁECZNYCH

ZUS

ZCNA

strona: 2

**ZGŁOSZENIE DANYCH O CZŁONKACH RODZINY, KTÓRYCH ADRES ZAMIESZKANIA
NIE JEST ZGODNY Z ADRESEM ZAMIESZKANIA UBEZPIECZONEGO,
DLA CELÓW UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO**

V. 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

11. Czy pozostaje na wyłącznym utrzymaniu osoby
ubezpieczonej. Jeśli TAK, wpisać X.

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

13. Kod stopnia niepełnosprawności ¹⁾

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

01. Kod pocztowy

02. Miejscowość

03. Gmina

04. Ulica

05. Numer domu

06. Numer lokalu

07. Numer telefonu

08. Numer faksu

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(a) 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(a) odpowiedzialności karnej
za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy.

01. Podpis osoby ubezpieczonej

Ado Nowak

VIII. ADNOTACJE ZUS

¹⁾ Wpisać odpowiedni kod podany w instrukcji.