

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 PŁATNIKA SKŁADEK**

01. NIP (wpisać bez kresek) 02. REGON  
03. PESEL INNY NUMER 04. Rodzaj dokumentu: 05. Seria i numer dokumentu  
jeśli dowód osobisty, wpisać 1,  
jeśli paszport - 2  
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 04. Seria i numer dokumentu  
(wypełnić jak pole II.04)  
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) / 02. Data uzyskania / utraty uprawnień do ubezpieczenia  
wyrejestrowanie członka rodziny (wpisać - 2) zdrowotnego przez członka rodziny (dd / mm / rrrr)  
03. PESEL 04. NIP (wpisać bez kresek) 05. Rodzaj dokumentu 06. Seria i numer dokumentu  
(wypełnić jak pole II.04)  
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 13. Kod stopnia niepełnosprawności <sup>1)</sup>  
domowym z osobą ubezpieczoną? Jeśli TAK, wpisać X.

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

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

II. DANE IDENTYFIKACYJNE  
PŁATNIKA SKŁADEK

III. DANE  
IDENTYFIKACYJNE  
OSOBY UBEZPIECZONEJ

IV. DANE O CZŁONKU RODZINY OSOBY UBEZPIECZONEJ  
UPRAWNIONYM DO ŚWIADCZEŃ Z 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) / wyręjestrowanie członka rodziny (wpisać - 2)	<input type="checkbox"/> 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)	
<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. DANE O CZŁONKU RODZINY OSOBY UBEZPIECZONEJ  
UPRAWNIONYM DO ŚWIADCZEŃ Z UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO

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

01. Kod pocztowy	02. Miejscowość
03. Gmina / Dzielnica	
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. Pieczętka 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

**VIII. ADNOTACJE ZUS**

1) Wpisać odpowiedni kod podany w instrukcji.