

ZAKŁAD UBEZPIECZEŃ
SPOŁECZNYCH

ZUS ZCNA

strona: 2

ZGŁOSZENIE DANYCH O CZŁONKACH RODZINY
DLA CELÓW UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO

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

01. Zgłoszenie nowego członka rodziny (wpisać - 1) / 02. Data uzyskania / utraty uprawnień do ubezpieczenia zdrowotnego przez członka rodziny (dd / mm / rrrr)
 wyrejestrowanie członka rodziny (wpisać - 2)

03. Numer PESEL¹⁾

04. Numer NIP (wpisać bez kresek²⁾)

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

V. 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)

VI. OŚWIADCZENIE PLATNIKA SKŁADEK

01. Data wypełnienia (dd / mm / rrrr)

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.

02. Podpis płatnika składek lub osoby upoważnionej

03. Pieczęć płatnika składek

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

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

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