

ZAKŁAD UBEZPIECZEŃ  
SPOŁECZNYCH

ZUS ZCNA

strona: 1

ZGŁOSZENIE DANYCH O CZŁONKACH RODZINY  
DLA CELÓW UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO

I. DANE ORGANIZACYJNE

01. Data nadania (dd / mm / rrr)

02. Nalepka „R”

II. DANE IDENTYFIKACYJNE PLATNIKA SKŁADEK

01. NIP (wpisać bez kresek)

02. REGON

03. PESEL

INNY NUMER

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 / rrr)

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 / rrr)

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 / rrr)

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 / rrr)

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)

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

|                                                                                                      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                                                                                             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                                   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|---------------------------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|------------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 01. Zgłoszenie nowego członka rodziny (wpisać - 1) /<br>wyrejestrowanie członka rodziny (wpisać - 2) |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 02. Data uzyskania / utraty uprawnień do ubezpieczenia<br>zdrowotnego przez członka rodziny (dd / mm / rrr) |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                                   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 03. PESEL                                                                                            |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 04. NIP (wpisać bez kresek)                                                                                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 05. Rodzaj dokumentu<br>(wypełnić jak pole II.04) |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 06. Seria i numer dokumentu        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 07. Nazwisko                                                                                         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                                                                                             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                                   |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 09. Data urodzenia (dd / mm / rrr) |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 08. Imię pierwsze                                                                                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                                                                                             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                                   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 10. Kod stopnia pokrewieństwa / powinowactwa <sup>1)</sup>                                           |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 11.                                                                                                         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                                   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 12. Czy pozostaje we wspólnym gospodarstwie<br>domowym z osobą ubezpieczoną? Jeśli TAK, wpisać X.    |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 13. Kod stopnia niepełnosprawności <sup>1)</sup>                                                            |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                                   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

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

01. Kocapocztowy  
02. Mijepocztowus  
03. smina/Dziatice  
04. Ulica  
05. Numer domu  
06. Numer sekalu  
07. Numer telefonu  
08. Symbol państwa - zagnawczy kod pocztowy (wypisano w tym kraju, gdy adres jest inny niż polski)

## VI. OŚWIADCZENIE PŁATNIKA 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

## VII. OŚWIADCZENIE OSOBY UBEZPIECZONEJ

Oświadczam, że dane zawarte w formularzu są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym. Jestem świadomy(-ma) odpowiedzialności karnej