

ZAKŁAD UBEZPIECZEŃ  
SPOŁECZNYCH

ZUS ZCNA

strona: 1

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. Numer NIP (wpisać bez kresek)

02. Numer REGON

03. Numer PESEL<sup>1)</sup>

04. Rodzaj dokumentu:  
je li dowód osobisty, wpisać 1,  
je li paszport - 2

05. Seria i numer dokumentu

06. Nazwa skrócona

07. Nazwisko

08. Imię pierwsze

09. Data urodzenia (dd / mm / rrrr)

II. DANE IDENTYFIKACYJNE  
PŁATNIKA SKŁADEK

**III. DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY UBEZPIECZONEJ**

01. Numer PESEL<sup>1)</sup>

02. Numer 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)

III. DANE  
IDENTYFIKACYJNE  
OSOBY UBEZPIECZONEJ

**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. Numer PESEL<sup>1)</sup>

04. Numer 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 we wspólnym gospodarstwie  
domowym z osobą ubezpieczoną? Je li TAK, wpisać X.

12. Kod stopnia niepełnosprawności

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

**IV. B. ADRES ZAMIESZKANIA (wpisać , je li adres zamieszkania jest inny ni adres zamieszkania ubezpieczonego)**

01. Kod pocztowy

02. Miejscowość

03. Gmina / Dzielnica

04. Ulica

05. Numer domu

06. Numer lokalu

07. Numer telefonu

08. Symbol pa stwa - zagraniczny kod pocztowy (wypełni w przypadku, gdy  
adres jest inny ni polski)

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) / <input type="checkbox"/> wyrejestrowanie członka rodziny (wpisać - 2)	<input type="checkbox"/> 02. Data uzyskania / utraty uprawnień do ubezpieczenia zdrowotnego przez członka rodziny (dd / mm / rrrr)		
03. Numer PESEL <sup>1)</sup>	04. Numer 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	<input type="checkbox"/> 11. Czy pozostaje we wspólnym gospodarstwie domowym z osob ubezpieczon ? Je li TAK, wpisać X.		
<input type="checkbox"/> 12. Kod stopnia niepełnosprawno ci			

**V. B. ADRES ZAMIESZKANIA (wpisać , je li adres zamieszkania jest inny ni adres zamieszkania ubezpieczonego)**

01. Kod pocztowy	02. Miejscowość	
03. Gmina / Dzielnica		
04. Ulica		
05. Numer domu	06. Numer lokalu	
07. Numer telefonu		08. Symbol pa stwa - zagraniczny kod pocztowy (wypełni w przypadku, gdy adres jest inny ni polski)

**VI. OŚWIADCZENIE PLATNIKA SKŁADEK**

01. Data wypełnienia (dd / mm / rrrr)

O wiadczam, e dane zawarte w formularzu  
s zgodne ze stanem prawnym i faktycznym.  
Jestem wiadomy(-ma) odpowiedzialno ci karnej  
za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy.

02. Podpis płatnika lub osoby upoważnionej

03. Pieczętka płatnika

**VII. OŚWIADCZENIE OSOBY UBEZPIECZONEJ**

O wiadczam, e dane zawarte w formularzu  
s zgodne ze stanem prawnym i faktycznym.  
Jestem wiadomy(-ma) odpowiedzialno ci karnej  
za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy.

01. Podpis osoby ubezpieczonej

**VIII. ADNOTACJE ZUS**

<sup>1)</sup> Numer PESEL podaje si , o ile został nadany.