

ZAKŁAD UBEZPIECZEŃ
SPOŁECZNYCH

ZUS ZCZA

strona: 1

ZGŁOSZENIE DANYCH O CZŁONKACH RODZINY, KTÓRYCH ADRES ZAMIESZKANIA
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
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 / 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
05. Nazwisko
06. Imię pierwsze 07. Data urodzenia (dd / mm / rrrr)

IV. 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 ¹⁾ 11.
12. Czy pozostaje we wspólnym gospodarstwie
domowym z osobą ubezpieczoną? Jeśli TAK, wpisać X. 13. Kod stopnia niepełnosprawności ¹⁾

V. 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 ¹⁾ 11.
12. Czy pozostaje we wspólnym gospodarstwie
domowym z osobą ubezpieczoną? Jeśli TAK, wpisać X. 13. Kod stopnia niepełnosprawności ¹⁾

II. DANE IDENTYFIKACYJNE
PLATNIKA SKŁADEK

III. DANE IDENTYFIKACYJNE
OSOBY UBEZPIECZONEJ

IV. DANE O CZŁONKU RODZINY
OSOBY UBEZPIECZONEJ

V. DANE O CZŁONKU RODZINY
OSOBY UBEZPIECZONEJ

ZAKŁAD UBEZPIECZEŃ
SPOŁECZNYCH

ZUS ZCZA

strona: 2

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

VI. DANE O CZŁONKU RODZINY OSOBY UBEZPIECZONEJ

VI. 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. 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 ¹⁾	<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 ¹⁾		

VII. DANE O CZŁONKU RODZINY OSOBY UBEZPIECZONEJ

VII. 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. 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 ¹⁾	<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 ¹⁾		

VIII. 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. Pieczęćka płatnika

IX. 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

X. ADNOTACJE ZUS

¹⁾ Wpisać odpowiedni kod podany w instrukcji.