

**WNIOSEK O:  
ZGŁOSZENIE DO UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO/  
WYREJESTROWANIE Z UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO  
CZŁONKÓW RODZINY ŚWIADCZENIOBIORCY**

**Instrukcja wypełniania**

Wypełnij ten formularz, jeśli chcesz:

- zgłosić członków rodziny do ubezpieczenia zdrowotnego lub
- wyrejestrować członków rodziny z ubezpieczenia zdrowotnego.

1. Wypełnij WIELKIMI LITERAMI
2. Wypełnij kolorem czarnym lub niebieskim (nie ołówkiem)
3. Pola wyboru zaznacz znakiem **X**
4. Zanim wypełnisz wniosek, zapoznaj się z dołączoną do niego Informacją

**Twoje dane**

PESEL

Rodzaj, seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość

Jeśli nie masz numeru PESEL, podaj serię i numer innego dokumentu

Imię

Nazwisko

Data urodzenia

dd / mm / rrrr

Ulica

Numer domu  Numer lokalu

Kod pocztowy  Miejscowość

Gmina/ dzielnica

Nazwa państwa

Podaj, jeśli Twój adres jest inny niż polski

Numer telefonu

Podaj numer telefonu – to ułatwi nam kontakt w Twojej sprawie

**Dane dotyczące świadczenia**

Podaj placówkę ZUS, która wypłaca świadczenie oraz numer świadczenia

**Zakres wniosku**

Wnoszę o:

zgłoszenie do ubezpieczenia zdrowotnego członków rodziny

wyrejestrowanie z ubezpieczenia zdrowotnego członków rodziny

## Dane członka rodziny – 1

PESEL

Rodzaj, seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość   
Jeśli członek rodziny nie ma numeru PESEL, podaj serię i numer innego dokumentu

Imię

Nazwisko

Data urodzenia   
dd / mm / rrrr

Stopień pokrewieństwa/ powinowactwa

Data uzyskania uprawnień do ubezpieczenia zdrowotnego   
dd / mm / rrrr  
**Ważne!** Podaj, jeśli zgłaszasz do ubezpieczenia zdrowotnego. Podaj datę okoliczności, które spowodowały konieczność zgłoszenia do ubezpieczenia zdrowotnego, jednak nie wcześniejszą od daty nabycia uprawnień do świadczenia emerytalno-rentowego

Data utraty uprawnień do ubezpieczenia zdrowotnego   
dd / mm / rrrr  
**Ważne!** Podaj, jeśli wyrejestrowujesz z ubezpieczenia zdrowotnego. Podaj datę okoliczności, które spowodowały konieczność wyrejestrowania z ubezpieczenia zdrowotnego

## Adres zamieszkania – podaj, jeżeli jest inny niż Twój adres zamieszkania

Ulica

Numer domu  Numer lokalu

Kod pocztowy  Miejscowość

Gmina/ dzielnica

Nazwa państwa   
Podaj, jeśli adres jest inny niż polski

Zgłaszana osoba ma znaczny stopień niepełnosprawności   
 zaznacz znakiem **X** gdy zgłaszana osoba ma ważne orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności lub innym traktowanym na równi

## Dane członka rodziny – 2

PESEL

Rodzaj, seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość   
Jeśli członek rodziny nie ma numeru PESEL, podaj serię i numer innego dokumentu

Imię

Nazwisko

Data urodzenia   
dd / mm / rrrr

Stopień pokrewieństwa/ powinowactwa

Data uzyskania uprawnień do ubezpieczenia zdrowotnego

dd / mm / rrrr

**Ważne!** Podaj, jeśli zgłaszasz do ubezpieczenia zdrowotnego. Podaj datę okoliczności, które spowodowały konieczność zgłoszenia do ubezpieczenia zdrowotnego, jednak nie wcześniejszą od daty nabycia uprawnień do świadczenia emerytalno-rentowego

Data utraty uprawnień do ubezpieczenia zdrowotnego

dd / mm / rrrr

**Ważne!** Podaj, jeśli wyrejestrowujesz z ubezpieczenia zdrowotnego. Podaj datę okoliczności, które spowodowały konieczność wyrejestrowania z ubezpieczenia zdrowotnego

Adres zamieszkania – podaj, jeżeli jest inny niż Twój adres zamieszkania

Ulica

Numer domu

Numer lokalu

Kod pocztowy

Miejscowość

Gmina/ dzielnica

Nazwa państwa

Podaj, jeśli adres jest inny niż polski

Zgłaszana osoba ma znaczny stopień niepełnosprawności

zaznacz znakiem **X** gdy zgłaszana osoba ma ważne orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności lub innym traktowanym na równi

Dane członka rodziny – 3

PESEL

Rodzaj, seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość

Jeśli członek rodziny nie ma numeru PESEL, podaj serię i numer innego dokumentu

Imię

Nazwisko

Data urodzenia

dd / mm / rrrr

Stopień pokrewieństwa/ powinowactwa

Data uzyskania uprawnień do ubezpieczenia zdrowotnego

dd / mm / rrrr

**Ważne!** Podaj, jeśli zgłaszasz do ubezpieczenia zdrowotnego. Podaj datę okoliczności, które spowodowały konieczność zgłoszenia do ubezpieczenia zdrowotnego, jednak nie wcześniejszą od daty nabycia uprawnień do świadczenia emerytalno-rentowego

Data utraty uprawnień do ubezpieczenia zdrowotnego

dd / mm / rrrr

**Ważne!** Podaj, jeśli wyrejestrowujesz z ubezpieczenia zdrowotnego. Podaj datę okoliczności, które spowodowały konieczność wyrejestrowania z ubezpieczenia zdrowotnego

Adres zamieszkania – podaj, jeżeli jest inny niż Twój adres zamieszkania

Ulica	<input type="text"/>		
Numer domu	<input type="text"/>	Numer lokalu	<input type="text"/>
Kod pocztowy	<input type="text"/>	Miejscowość	<input type="text"/>
Gmina/ dzielnica	<input type="text"/>		
Nazwa państwa	<input type="text"/>		

Podaj, jeśli adres jest inny niż polski

Zgłaszana osoba ma znaczny stopień niepełnosprawności

zaznacz znakiem **X** gdy zgłaszana osoba ma ważne orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności lub innym traktowanym na równi

## Oświadczenie

**Oświadczam, że wykazani wyżej członkowie rodziny spełniają warunki ustawowe do zgłoszenia do ubezpieczenia zdrowotnego.**

Data

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
dd	/	mm	/	rrrr			

\_\_\_\_\_  
Czytelny podpis

Informacje, o których mowa w art. 13 ust. 1 i 2 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (RODO), są dostępne w centrali lub terenowych jednostkach organizacyjnych ZUS oraz na stronie internetowej ZUS pod adresem: <http://bip.zus.pl/rodo/rodo-klauzule-informacyjne>

# INFORMACJA

## do wniosku o zgłoszenie do ubezpieczenia zdrowotnego/ wyrejestrowanie z ubezpieczenia zdrowotnego członków rodziny świadczeniobiorcy

---

### Co załatwisz tym wnioskiem

Gdy złożysz ten wniosek, to w zależności od Twojego wniosku:

- zgłosimy do ubezpieczenia zdrowotnego wskazanych członków rodziny albo
- wyrejestrujemy z ubezpieczenia zdrowotnego wskazanych członków rodziny, których poprzednio zgłosiłeś.

### Członkami rodziny są:

- dziecko własne, dziecko małżonka, dziecko przysposobione, wnuk albo dziecko obce, dla którego ustanowiono opiekę, albo dziecko obce w ramach rodziny zastępczej lub rodzinnego domu dziecka, do ukończenia przez nie 18 lat, a jeżeli kształci się dalej – do ukończenia 26 lat, natomiast jeżeli posiada orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności lub inne traktowane na równi – bez ograniczenia wieku,
- małżonek,
- wstępni (np. ojciec, matka, dziadek, babka) pozostający z Tobą we wspólnym gospodarstwie domowym, jeżeli nie są osobami podlegającymi obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego ani nie są osobami uprawnionymi do świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie przepisów o koordynacji oraz zamieszkują na terytorium państwa członkowskiego Unii Europejskiej lub Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu (EFTA).

### O czym powinieneś nas powiadomić

Jeśli zgłosiłeś do ubezpieczenia zdrowotnego członków rodziny powinieneś nas poinformować o wszelkich zmianach w stosunku do danych podanych przez Ciebie oraz o okolicznościach, które spowodowały ustanie statusu członka rodziny. W szczególności o nabyciu przez członka rodziny tytułu do ubezpieczenia zdrowotnego (np. jeżeli podjął zatrudnienie na podstawie umowy o pracę, nabył status osoby bezrobotnej) – powinieneś powiadomić nas w terminie 7 dni od zaistnienia tych zmian.

### Jak się z nami skontaktować

Jeśli masz pytania lub wątpliwości, skontaktuj się z nami:

- bezpośrednio w każdej naszej placówce na sali obsługi klientów,
- telefonicznie przez Centrum Obsługi Telefonicznej (COT) – w dni robocze od poniedziałku do piątku w godzinach 7.00–18.00 – pod numerem **22 560 16 00** (opłata za połączenie zgodnie z cennikiem Twojego operatora).

### Podstawa prawna

Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. z 2020 r. poz. 1398, z późn. zm.).