

OŚWIADCZENIE ZMIANA OŚWIADCZENIA
OSOBY SPRAWUJĄCEJ OSOBISTĄ OPIEKĘ NAD DZIECKIEM
O ZAMIARZE PODLEGANIA UBEZPIECZENIOM EMERYTALNEMU I RENTOWYM ORAZ
WNIOSEK O ZGŁOSZENIE CZŁONKÓW RODZINY DO UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO

Instrukcja wypełniania

W przypadku zmiany oświadczenia wypełnij swoje dane i pola, które zmieniasz.
 Jeśli zmieniasz dane identyfikacyjne podaj również poprzednie dane.

Oświadczenie złożysz osobiście w naszej placówce lub listownie.

1. Wypełnij WIELKIMI LITERAMI
2. Pola wyboru zaznacz znakiem **X**
3. Wypełnij kolorem czarnym lub niebieskim (nie ołówkiem)
4. We wniosku podaj **adres zamieszkania**
5. Wypełnij obowiązkowo pola oznaczone gwiazdką *
6. Zanim wypełnisz oświadczenie, zapoznaj się z dołączoną do niego Informacją

Dane wnioskodawcy

PESEL*	<input style="width: 100%;" type="text"/>		
Rodzaj, seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość	<input style="width: 100%;" type="text"/>		
	<small>Jeśli nie masz numeru PESEL, podaj serię i numer innego dokumentu</small>		
Imię*	<input style="width: 100%;" type="text"/>		
Nazwisko*	<input style="width: 100%;" type="text"/>		
Data urodzenia*	<input style="width: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px;" type="text"/>
	<small>dd</small>	<small>/ mm</small>	<small>/ rrrr</small>
Ulica*	<input style="width: 100%;" type="text"/>		
Numer domu*	<input style="width: 50px;" type="text"/>	Numer lokalu	<input style="width: 50px;" type="text"/>
Kod pocztowy*	<input style="width: 50px;" type="text"/>	Miejscowość*	<input style="width: 150px;" type="text"/>
Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia (nazwa lub kod)*	<input style="width: 100%;" type="text"/>		

Poprzednie dane wnioskodawcy

Podaj tylko wtedy gdy zmieniasz swoje dane identyfikacyjne

PESEL	<input style="width: 100%;" type="text"/>		
Rodzaj, seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość	<input style="width: 100%;" type="text"/>		
	<small>Jeśli nie masz numeru PESEL, podaj serię i numer innego dokumentu</small>		
Imię	<input style="width: 100%;" type="text"/>		
Nazwisko	<input style="width: 100%;" type="text"/>		

Dane dziecka

Imię*

Nazwisko*

Data urodzenia* /
dd / mm / rrrr

Informacje

Informacja o ostatnim okresie ubezpieczenia*
Podaj okres od-do

Ubezpieczenie z tytułu*
Podaj tytuł ubezpieczenia

Dzień rozpoczęcia sprawowania osobistej opieki nad dzieckiem*
dd / mm / rrrr

Dzień zakończenia sprawowania osobistej opieki nad dzieckiem*
dd / mm / rrrr

Drugi rodzic jest zgłoszony do ubezpieczeń jako osoba, która przebywa na urlopie wychowawczym/ pobierająca zasiłek macierzyński/ zasiłek w wysokości zasiłku macierzyńskiego*

TAK NIE

Drugi rodzic jest zgłoszony do ubezpieczeń jako osoba, która sprawuje osobistą opiekę nad dzieckiem*

TAK NIE

Wnoszę o zgłoszenie do ubezpieczenia zdrowotnego członka rodziny:

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

Poniższe pola wypełnij, jeśli adres zamieszkania członka rodziny jest inny niż Twój adres

Ulica

Numer domu Numer lokalu

Kod pocztowy Miejscowość

Stopień pokrewieństwa/ powinowactwa*

Dziecko ma ustalony znaczny stopień niepełnosprawności

 TAK NIE

Członek rodziny pozostaje ze mną we wspólnym gospodarstwie domowym

 TAK NIE

Data, w której członek rodziny uzyskał uprawnienia do ubezpieczenia zdrowotnego*

dd		/		mm		/		rrrr	

Dziecko kształci się (wypełnij, jeśli zgłaszasz dziecko w wieku 18–26 lat)

 TAK NIE

Jeśli zgłaszasz wnuka, zaznacz poniższe pola:

Którykolwiek z rodziców podlega ubezpieczeniu zdrowotnemu obowiązkowo lub dobrowolnie

 TAK NIE

Którykolwiek z rodziców jest osobą uprawnioną do świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie przepisów o koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego w zakresie udzielania rzeczowych świadczeń zdrowotnych, z tytułu wykonywania pracy lub pracy na własny rachunek

 TAK NIE

Załączniki

Załączam oryginał: skróconego odpisu aktu urodzenia dziecka*

orzeczenia o niepełnosprawności lub stopniu niepełnosprawności

Oświadczenie

O wszelkich zmianach w stosunku do danych zawartych w tym oświadczeniu zobowiązuję się powiadomić Zakład Ubezpieczeń Społecznych w terminie 7 dni od dnia zaistnienia tych zmian (art. 36 ust. 16 ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych).

Data

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>