

ZAKŁAD UBEZPIECZEŃ
SPOŁECZNYCH

ZUS ZCNA

strona: 1

**ZGŁOSZENIE DANYCH O CZŁONKACH RODZINY, KTÓRYCH ADRES ZAMIESZKANIA
NIE 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 PŁATNIKA SKŁADEK

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

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

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

01. Kod pocztowy 02. Miejscowość
03. Gmina / Dzielnica
04. Ulica
05. Numer domu 06. Numer lokalu
07. Numer telefonu 08. Numer faksu

ZAKŁAD UBEZPIECZEŃ
SPOŁECZNYCH

ZUS ZCNA

strona: 2

ZGŁOSZENIE DANYCH O CZŁONKACH RODZINY, KTÓRYCH ADRES ZAMIESZKANIA
NIE JEST ZGODNY Z ADRESEM ZAMIESZKANIA UBEZPIECZONEGO,
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. 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⁾		

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

01. Kod pocztowy	02. Miejscowość	
03. Gmina / Dzielnica		
04. Ulica		
05. Numer domu	06. Numer lokalu	
07. Numer telefonu		08. Numer faksu

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(a) odpowiedzialności karnej za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy.

02. Podpis płatnika lub osoby upoważnionej

03. Pieczęćka płatnika

VII. 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

VIII. ADNOTACJE ZUS