

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 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. 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. 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 <sup>1)</sup>

11. Czy pozostaje na wyłącznym utrzymaniu osoby  
ubezpieczonej. Jeśli TAK, wpisać X.

12. Czy pozostaje we wspólnym gospodarstwie  
domowym z osobą ubezpieczoną? Jeśli TAK, wpisać X.

13. Kod stopnia niepełnosprawności <sup>1)</sup>

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

01. Kod pocztowy

02. Miejscowość

03. Gmina

04. Ulica

05. Numer domu

06. Numer lokalu

07. Numer telefonu

08. Numer faksu

II. DANE IDENTYFIKACYJNE  
PLATNIKA SKŁADEK

III. DANE  
IDENTYFIKACYJNE  
OSOBY UBEZPIECZONEJ

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

**V.A. DANE O CZŁONKU RODZINY OSOBY UBEZPIECZONEJ UPRAWNIIONYM 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)			
<input type="checkbox"/> 03. PESEL	<input type="checkbox"/> 04. NIP (wpisać bez kresek)	<input type="checkbox"/> 05. Rodzaj dokumentu (wypełnić jak pole II 04)	<input type="checkbox"/> 06. Seria i numer dokumentu	
<input type="checkbox"/> 07. Nazwisko				
<input type="checkbox"/> 08. Imię pierwsze				<input type="checkbox"/> 09. Data urodzenia (dd / mm / rrrr)
<input type="checkbox"/> 10. Kod stopnia pokrewieństwa / powinowactwa		<input type="checkbox"/> 11. Czy pozostaje na wyłącznym utrzymaniu osoby ubezpieczonej. Jeśli TAK, wpisać X.		
<input type="checkbox"/> 12. Czy pozostaje we wspólnym gospodarstwie domowym z osobą ubezpieczoną? Jeśli TAK, wpisać X.		<input type="checkbox"/> 13. Kod stopnia niepełnosprawności <sup>1)</sup>		

V. DANE O CZŁONKU RODZINY OSOBY UBEZPIECZONEJ  
UPRAWNIIONYM DO ŚWIADCZEŃ Z UBEZPIECZENIA SPOŁECZNEGO

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

<input type="checkbox"/> 01. Kod pocztowy	<input type="checkbox"/> 02. Miejscowość
<input type="checkbox"/> 03. Gmina	
<input type="checkbox"/> 04. Ulica	
<input type="checkbox"/> 05. Numer domu	<input type="checkbox"/> 06. Numer lokalu
<input type="checkbox"/> 07. Numer telefonu	<input type="checkbox"/> 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 kamej za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy.

02. Podpis płatnika lub osoby upoważnionej

03. Pieczętka płatnika

**VII. OŚWIADCZENIE OSOBY UBEZPIECZONEJ**

Oświadczam, że dane zawarte w formularzu są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym. Jestem świadomy(a) odpowiedzialności kamej za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy.

01. Podpis osoby ubezpieczonej

**VIII. ADNOTACJE ZUS**