

PŁATNIK WYPEŁNIA POLA W WYZNACZONYCH KRATKACH KOMPUTEROWO, NA MASZYNIE LUB RĘCZNIE DUŻYMI DRUKOWANYMI LITERAMI, CZARNYM LUB NIEBIESKIM KOLOREM.

ZAKŁAD UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH / ZUS ZCNA / strona: 1 / ZGŁOSZENIE DANYCH O CZŁONKACH RODZINY DLA CELÓW UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO

I. DANE ORGANIZACYJNE

[pole do wypełnienia] 01. Data nadania (dzień/miesiąc/rok)

[pole do wypełnienia] 02. Nalepka „R”

II. DANE IDENTYFIKACYJNE PŁATNIKA SKŁADEK

[pole do wypełnienia] 01. Numer NIP (wpisać bez kresek)

[pole do wypełnienia] 02. Numer REGON

[pole do wypełnienia] 03. Numer PESEL

[pole do wypełnienia] 04. Rodzaj dokumentu: jeśli dowód osobisty wpisać 1; jeśli paszport wpisać 2

[pole do wypełnienia] 05. Seria i numer dokumentu

[pole do wypełnienia] 06. Nazwa skrócona

[pole do wypełnienia] 07. Nazwisko

[pole do wypełnienia] 08. Imię pierwsze

[pole do wypełnienia] 09. Data urodzenia (dzień/miesiąc/rok)

III. DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY UBEZPIECZONEJ

[pole do wypełnienia] 01. Numer PESEL

[pole do wypełnienia] 03. Rodzaj dokumentu (wypełnić jak pole 2.04)

[pole do wypełnienia] 04. Seria i numer dokumentu

[pole do wypełnienia] 05. Nazwisko

[pole do wypełnienia] 06. Imię pierwsze

[pole do wypełnienia] 07. Data urodzenia (dzień/miesiąc/rok)

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

[pole do wypełnienia] 01. Zgłoszenie nowego członka rodziny (wpisać 1) / wyrejestrowanie członka rodziny (wpisać 2)

[pole do wypełnienia] 02. Data uzyskania/utruty uprawnień do ubezpieczenia zdrowotnego przez członka rodziny (dzień/miesiąc/rok)

[pole do wypełnienia] 03. Numer PESEL

[pole do wypełnienia] 04. Numer NIP (wpisać bez kresek)

[pole do wypełnienia] 05. Rodzaj dokumentu: jeśli dowód osobisty wpisać 1; jeśli paszport wpisać 2

[pole do wypełnienia] 06. Seria i numer dokumentu

[pole do wypełnienia] 07. Nazwisko

[pole do wypełnienia] 08. Imię pierwsze

[pole do wypełnienia] 09. Data urodzenia (dzień/miesiąc/rok)

[pole do wypełnienia] 10. Kod stopnia pokrewieństwa/powinowactwa

[pole do wypełnienia] 11. Czy pozostaje we wspólnym gospodarstwie domowym z osobą ubezpieczoną? Jeśli TAK, wpisać X.

[pole do wypełnienia] 12. Kod stopnia niepełnosprawności

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

[pole do wypełnienia] 01. Kod pocztowy

[pole do wypełnienia] 02. Miejscowość

[pole do wypełnienia] 03. Gmina/Dzielnica

[pole do wypełnienia] 04. Ulica

[pole do wypełnienia] 05. Numer domu

[pole do wypełnienia] 06. Numer lokalu

[pole do wypełnienia] 07. Numer telefonu

[pole do wypełnienia] 08. Symbol państwa - zagraniczny kod pocztowy (wypełnić w przypadku, gdy adres jest inny niż polski)

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

[pole do wypełnienia] 01. Zgłoszenie nowego członka rodziny (wpisać 1) / wyrejestrowanie członka rodziny (wpisać 2)

Osoba zgłaszana podlega ubezpieczeniom: (wpisać X w odpowiednim polu)

[pole do wypełnienia] 02. Data uzyskania/utraty uprawnień do ubezpieczenia zdrowotnego przez członka rodziny (dzień/miesiąc/rok)

[pole do wypełnienia] 03. Numer PESEL

[pole do wypełnienia] 04. Numer NIP (wpisać bez kresek)

[pole do wypełnienia] 05. Rodzaj dokumentu: jeśli dowód osobisty wpisać 1; jeśli paszport wpisać 2

[pole do wypełnienia] 06. Seria i numer dokumentu

[pole do wypełnienia] 07. Nazwisko

[pole do wypełnienia] 08. Imię pierwsze

[pole do wypełnienia] 09. Data urodzenia (dzień/miesiąc/rok)

[pole do wypełnienia] 10. Kod stopnia pokrewieństwa/powinowactwa

[pole do wypełnienia] 11. Czy pozostaje we wspólnym gospodarstwie domowym z osobą ubezpieczoną? Jeśli TAK, wpisać X.

[pole do wypełnienia] 12. Kod stopnia niepełnosprawności

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

[pole do wypełnienia] 01. Kod pocztowy

[pole do wypełnienia] 02. Miejscowość

[pole do wypełnienia] 03. Gmina/Dzielnica

[pole do wypełnienia] 04. Ulica

[pole do wypełnienia] 05. Numer domu

[pole do wypełnienia] 06. Numer lokalu

[pole do wypełnienia] 07. Numer telefonu

[pole do wypełnienia] 08. Symbol państwa - zagraniczny kod pocztowy (wypełnić w przypadku, gdy adres jest inny niż polski)

VI. OŚWIADCZENIE PŁATNIKA SKŁADEK

[pole do wypełnienia] 01. Data wypełnienia (dzień/miesiąc/rok)

Oświadczam, że dane zawarte w formularzu są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym. Jestem świadomy/świadoma odpowiedzialności karnej za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy.

[pole do wypełnienia] 02. Podpis płatnika składek lub osoby upoważnionej

[pole do wypełnienia] 03. Pieczętka płatnika składek

VII. OŚWIADCZENIE OSOBY UBEZPIECZONEJ

Oświadczam, że dane zawarte w formularzu są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym. Jestem świadomy/świadoma odpowiedzialności karnej za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy.

[pole do wypełnienia] 01. Podpis osoby zgłaszanej/zgłoszonej do ubezpieczenia