

ZAKŁAD UBEZPIECZEŃ
SPOŁECZNYCH

ZUS ZCNA

strona: 1

ZGŁOSZENIE DANYCH O CZŁONKACH RODZINY
DLA CELÓW UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO

I. DANE ORGANIZACYJNE

01. Data nadania (dd / mm / rrrr)

02. Nalepka „R”

II. DANE IDENTYFIKACYJNE PLATNIKA SKŁADEK

01. Numer NIP (wpisać bez kresek)

02. Numer REGON

5 2 5 2 0 9 5 4 9 7

0 0 0 0 0 0 1 4 8 7 2 8 0 6

03. Numer PESEL¹⁾

04. Rodzaj dokumentu:
jeśli dowód osobisty, wpisać 1,
jeśli paszport - 2

05. Seria i numer dokumentu

06. Nazwa skrócona

DEPARTAMENT ADMINISTRACYJNY MON

07. Nazwisko

08. Imię pierwsze

09. Data urodzenia (dd / mm / rrrr)

III. DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY UBEZPIECZONEJ

01. Numer PESEL¹⁾

02. Numer NIP (wpisać bez kresek)

03. Rodzaj dokumentu
(wypełnić jak pole II.04)

04. Seria i numer dokumentu

8 3 0 4 0 1 1 1 7 6 9

7 9 2 5 5 1 4 3 4 3

1

A B B 9 9 9 4 3 3

05. Nazwisko

KOWALSKI

06. Imię pierwsze

07. Data urodzenia (dd / mm / rrrr)

JAN

0 1 0 4 1 9 8 3

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

1 01. Zgłoszenie nowego członka rodziny (wpisać - 1) /
wyrejestrowanie członka rodziny (wpisać - 2)

0 1 0 7 2 0 1 0

02. Data uzyskania / utraty uprawnień do ubezpieczenia
zdrowotnego przez członka rodziny (dd / mm / rrrr)

03. Numer PESEL¹⁾

04. Numer NIP (wpisać bez kresek)

05. Rodzaj dokumentu
(wypełnić jak pole II.04)

06. Seria i numer dokumentu

0 7 1 2 0 1 8 6 3 3 1

07. Nazwisko

KOWALSKI

08. Imię pierwsze

09. Data urodzenia (dd / mm / rrrr)

MARIUSZ

0 1 1 2 2 0 0 7

1 1 10. Kod stopnia pokrewieństwa / powinowactwa

X 11. Czy pozostaje we wspólnym gospodarstwie
domowym z osobą ubezpieczoną? Jeśli TAK, wpisać X.

12. Kod stopnia niepełnosprawności

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

01. Kod pocztowy

02. Miejscowość

0 0 - 9 1 1 WARSZAWA

03. Gmina / Dzielnica

CENTRUM

04. Ulica

WILCZA

05. Numer domu

06. Numer lokalu

2 4

1 4 5

07. Numer telefonu

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

ZAKŁAD UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH	ZUS ZCNA	strona: 2	ZGŁOSZENIE DANYCH O CZŁONKACH RODZINY DLA CELÓW UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO
-----------------------------------	----------	-----------	--

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

1	01. Zgłoszenie nowego członka rodziny (wpisać - 1) / wyrejestrowanie członka rodziny (wpisać - 2)	0 1 0 7 2 0 1 0	02. Data uzyskania / utraty uprawnień do ubezpieczenia zdrowotnego przez członka rodziny (dd / mm / rrrr)
03. Numer PESEL ¹⁾	04. Numer NIP (wpisać bez kresek)	05. Rodzaj dokumentu (wypełnić jak pole II.04)	06. Seria i numer dokumentu
8 2 0 1 0 1 1 2 7 7 6	9 8 2 1 3 5 6 5 6 1	1	A G C 9 9 9 1 1 1
07. Nazwisko K O W A L S K A			
08. Imię pierwsze A N N A		09. Data urodzenia (dd / mm / rrrr) 0 1 0 1 1 9 8 2	
0 1	10. Kod stopnia pokrewieństwa / powinowactwa	<input checked="" type="checkbox"/>	11. Czy pozostaje we wspólnym gospodarstwie domowym z osobą ubezpieczoną? Jeśli TAK, wpisać X.
<input type="checkbox"/>	12. Kod stopnia niepełnosprawności		

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

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

01. Kod pocztowy	02. Miejscowość
0 0 - 9 1 1	W A R S Z A W A
03. Gmina / Dzielnica C E N T R U M	
04. Ulica W I L C Z A	
05. Numer domu	06. Numer lokalu
2 4	1 4 5
07. Numer telefonu	08. Symbol państwa - zagraniczny kod pocztowy (wypełnić w przypadku, gdy adres jest inny niż polski)

VI. OŚWIADCZENIE PLATNIKA SKŁADEK

01. Data wypełnienia (dd / mm / rrrr)
0 1 0 7 2 0 1 0

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

01. Podpis osoby ubezpieczonej

VIII. ADNOTACJE ZUS

¹⁾ Numer PESEL podaje się, o ile został nadany.