



## ZGŁOSZENIE DO UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO

### I. DANE IDENTYFIKACYJNE ROLNIKA / DOMOWNIKA / EMERYTA / RENCISTY <sup>1/</sup> PODLEGAJĄCEGO UBEZPIECZENIU ZDROWOTNEMU

(wypełnia pracownik KRUS)

UNO <sup>2/</sup>
symbol i numer emerytury/renty <sup>3/</sup>

(wypełnia rolnik, domownik, emeryt, rencista podlegający ubezpieczeniu zdrowotnemu)

1. Nazwisko	2. Nazwisko rodowe
3. Imiona _____ Imię _____ Drugie imię	4. Obywatelstwo:
5. Data urodzenia:	6. Płeć (K-kobieta, M-mężczyzna):
7. Adres zamieszkania: _____ Kraj _____ Miejscowość _____ Ulica _____ Nr domu _____ Nr lokalu _____ Kod pocztowy _____ Poczta _____ Gmina	
8. Numer PESEL <sup>4/</sup>	9. Numer NIP <sup>5/</sup>
10. Dowód osobisty/paszport <sup>1/</sup> seria _____ numer _____	
11. Nazwa Wojewódzkiego Oddziału Narodowego Funduszu Zdrowia:	

### II. DANE IDENTYFIKACYJNE CZŁONKÓW RODZINY ZGŁASZANYCH DO UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO

		Adres zamieszkania	
_____ Nazwisko	_____ Stopień pokrewieństwa	_____ Data urodzenia	_____ Kraj
_____ Nazwisko rodowe	_____ Stopień niepełnosprawności	_____ Miejsce urodzenia	_____ Miejscowość
_____ Imię _____ Drugie imię	<input type="checkbox"/> Czy pozostaje we wspólnym gospodarstwie domowym z osobą ubezpieczoną? Jeżeli <b>TAK</b> , wpisać <b>X</b>	_____ Numer PESEL	_____ Ulica nr domu nr lokalu
_____ Obywatelstwo	_____ Płeć	_____ Numer NIP	_____ Kod pocztowy
_____ Imię matki _____ Imię ojca		_____ Dowód osobisty/paszport <sup>1/</sup>	_____ Poczta
		_____ Seria i numer dokumentu	
		Adres zamieszkania	
_____ Nazwisko	_____ Stopień pokrewieństwa	_____ Data urodzenia	_____ Kraj
_____ Nazwisko rodowe	_____ Stopień niepełnosprawności	_____ Miejsce urodzenia	_____ Miejscowość
_____ Imię _____ Drugie imię	<input type="checkbox"/> Czy pozostaje we wspólnym gospodarstwie domowym z osobą ubezpieczoną? Jeżeli <b>TAK</b> , wpisać <b>X</b>	_____ Numer PESEL	_____ Ulica nr domu nr lokalu
_____ Obywatelstwo	_____ Płeć	_____ Numer NIP	_____ Kod pocztowy
_____ Imię matki _____ Imię ojca		_____ Dowód osobisty/paszport <sup>1/</sup>	_____ Poczta
		_____ Seria i numer dokumentu	

### III. OŚWIADCZENIE UBEZPIECZONEGO ROLNIKA / DOMOWNIKA / EMERYTA / RENCISTY <sup>1/</sup>:

1. Jestem: **rolnikiem** i prowadzę działalność rolniczą / **domownikiem** i stale pracuję <sup>1/</sup> (**wpisać TAK lub NIE**):

- 1) wyłącznie w gospodarstwie rolnym - \_\_\_\_\_
- 2) w gospodarstwie rolnym i dziale specjalnym produkcji rolnej - \_\_\_\_\_
- 3) wyłącznie w dziale specjalnym produkcji rolnej - \_\_\_\_\_
- 4) grunty rolne przeznaczone do zalesienia decyzją starosty powiatu z dnia \_\_\_\_\_

2. Całkowita powierzchnia użytków rolnych gospodarstwa rolnego wynosi:

\_\_\_\_\_ hektarów przeliczeniowych, w tym przeznaczonych do zalesienia<sup>1/</sup> \_\_\_\_\_ ha przeliczeniowych,  
\_\_\_\_\_ hektarów fizycznych.

3. **UWAGA - wypełniają rolnicy prowadzący działy specjalne produkcji rolnej**

Od \_\_\_\_\_ prowadzę dział/y specjalny/e produkcji rolnej (wpisać rodzaj i rozmiar prowadzonej działalności)

Przewidywany dochód z prowadzonej działalności w zakresie działów specjalnych produkcji rolnej w \_\_\_\_\_ roku stanowi kwotę \_\_\_\_\_.

Dołączam odpis decyzji naczelnika urzędu skarbowego wydanej na podstawie deklaracji o rodzajach i rozmiarach zamierzonej produkcji w tym roku podatkowym (**wpisać TAK lub NIE**) \_\_\_\_\_.

#### **Pouczenie**

Powyższa deklaracja o przewidywanym dochodzie, zgodnie z przepisami o postępowaniu egzekucyjnym w administracji, stanowi podstawę do wystawienia tytułu wykonawczego w przypadku nieopłacenia składek w ustawowym terminie.

4. Jestem emerytem/rencistą<sup>1/</sup> (**wpisać TAK lub NIE**) \_\_\_\_\_,  
jeśli **TAK** należy podać rodzaj świadczenia oraz organ rentowy wypłacający świadczenie - ZUS, KRUS lub inny organ rentowy \_\_\_\_\_
5. Podlegam obowiązkowemu ubezpieczeniu społecznemu (np. z tytułu umowy o pracę, umowy zlecenia, powołania do rady nadzorczej) lub zaopatrzeniu emerytalnemu (**wpisać TAK lub NIE**) \_\_\_\_\_,  
jeśli **TAK** należy podać tytuł ubezpieczenia: \_\_\_\_\_
6. Posiadam ustalone prawo do świadczeń z ubezpieczeń społecznych (zasiłek chorobowy, świadczenie rehabilitacyjne) (**wpisać TAK lub NIE**) \_\_\_\_\_,  
jeśli **TAK** należy podać rodzaj: \_\_\_\_\_
7. Posiadam inny tytuł do obowiązkowego ubezpieczenia zdrowotnego (np. z tytułu korzystania z „ulgi na start”, powołania do pełnienia funkcji na mocy aktu powołania, w związku z którym pobierane jest wynagrodzenie) (**wpisać TAK lub NIE**) \_\_\_\_\_,  
jeśli **TAK** należy podać tytuł ubezpieczenia zdrowotnego \_\_\_\_\_

**Oświadczam, że powyższe dane zostały podane zgodnie z prawdą i świadomy(a) jestem odpowiedzialności z art. 233 § 1 Kodeksu karnego. O wszelkich zmianach w zakresie podanych wyżej danych zobowiązuję się powiadomić niezwłocznie Kasę Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego.**

\_\_\_\_\_  
(miejsowość i data)

\_\_\_\_\_  
(podpis osoby wypełniającej zgłoszenie)

#### **Objaśnienia:**

<sup>1/</sup>- niepotrzebne skreślić

<sup>2/</sup>- Unikalny numer osoby (UNO) wpisuje pracownik KRUS - jest to numer nadawany przez jednostkę KRUS

<sup>3/</sup>- symbol i numer emerytury/renty wpisują pracownicy KRUS

<sup>4/</sup>- numer PESEL - jest to numer ewidencji ludności nadawany przez właściwy dla miejsca zamieszkania Wydział Ewidencji Ludności i wymieniony w dowodzie osobistym

<sup>5/</sup>- numer NIP - numer identyfikacji podatkowej nadany podatnikom podatku dochodowego przez urząd skarbowy

#### **Uwaga**

Rolnicy, domownicy, emeryci i renciści, których małżonkowie z tytułu własnych uprawnień zdrowotnych zgłosili do ubezpieczenia członków rodziny nie mają obowiązku wypełnienia części II druku.

#### **INFORMACJA DLA UBEZPIECZONEGO**

Kasa Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego informuje, że dane dotyczące osób podanych w niniejszym zgłoszeniu podlegają ochronie na podstawie 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) oraz ustawy z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych.