

ZAKŁAD UBEZPIECZEŃ  
SPOŁECZNYCH

ZUS ZCZA

strona: 1

**ZGŁOSZENIE DANYCH O CZŁONKACH RODZINY, KTÓRYCH ADRES ZAMIESZKANIA  
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 05. Seria i numer dokumentu  
04. Rodzaj dokumentu:  
jeśli dowód osobisty, wpisać 1,  
jeśli paszport - 2  
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. 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.  
12. Czy pozostaje we wspólnym gospodarstwie  
domowym z osobą ubezpieczoną? Jeśli TAK, wpisać X. 13. Kod stopnia niepełnosprawności <sup>1)</sup>

**V. 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.  
12. Czy pozostaje we wspólnym gospodarstwie  
domowym z osobą ubezpieczoną? Jeśli TAK, wpisać X. 13. Kod stopnia niepełnosprawności <sup>1)</sup>

II. DANE IDENTYFIKACYJNE  
PLATNIKA SKŁADEK

III. DANE IDENTYFIKACYJNE  
OSOBY UBEZPIECZONEJ

IV. DANE O CZŁONKU RODZINY  
OSOBY UBEZPIECZONEJ

V. DANE O CZŁONKU RODZINY  
OSOBY UBEZPIECZONEJ

ZAKŁAD UBEZPIECZEŃ  
SPOŁECZNYCH

ZUS ZCZA

strona: 2

**ZGŁOSZENIE DANYCH O CZŁONKACH RODZINY, KTÓRYCH ADRES ZAMIESZKANIA  
JEST ZGODNY Z ADRESEM ZAMIESZKANIA UBEZPIECZONEGO,  
DLA CELÓW UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO**

VI. DANE O CZŁONKU RODZINY OSOBY UBEZPIECZONEJ

**VI. 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		09. Data urodzenia (dd / mm / rrrr)	
08. Imię pierwsze		11.	
<input type="checkbox"/> 10. Kod stopnia pokrewieństwa / powinowactwa <sup>1)</sup>	<input type="checkbox"/> 13. Kod stopnia niepełnosprawności <sup>1)</sup>		
<input type="checkbox"/> 12. Czy pozostaje we wspólnym gospodarstwie domowym z osobą ubezpieczoną? Jeśli TAK, wpisać X.			

VII. DANE O CZŁONKU RODZINY OSOBY UBEZPIECZONEJ

**VII. 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		09. Data urodzenia (dd / mm / rrrr)	
08. Imię pierwsze		11.	
<input type="checkbox"/> 10. Kod stopnia pokrewieństwa / powinowactwa <sup>1)</sup>	<input type="checkbox"/> 13. Kod stopnia niepełnosprawności <sup>1)</sup>		
<input type="checkbox"/> 12. Czy pozostaje we wspólnym gospodarstwie domowym z osobą ubezpieczoną? Jeśli TAK, wpisać X.			

**VIII. OŚWIADCZENIE PLATNIKA 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

**IX. 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

**X. ADNOTACJE ZUS**

<sup>1)</sup> Wpisać odpowiedni kod podany w instrukcji.