

ZGŁOSZENIE DO UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO CZŁONKÓW RODZINY

(należy zaznaczyć właściwy kwadrat)

- emeryta
- rencisty
- osoby uprawnionej do renty socjalnej
- osoby uprawnionej do świadczenia przedemerytalnego/zasiłku
- osoby uprawnionej do nauczycielskiego świadczenia kompensacyjnego

DANE IDENTYFIKACYJNE ŚWIADCZENIOBIORCY

01. Numer PESEL (1) <input type="text"/>	02. Identyfikator podatkowy NIP (wpisać bez kresek) (2) <input type="text"/>
03. Rodzaj dokumentu tożsamości: jeśli dowód osobisty, wpisać 1, jeśli paszport – 2 <input type="text"/>	04. Seria i numer dokumentu <input type="text"/>
05. Nazwisko <input type="text"/>	
06. Imię <input type="text"/>	07. Data urodzenia (dd/mm/rrrr) <input type="text"/>

(1) Należy wpisać numer PESEL, a jeżeli nie nadano tego numeru, należy wpisać serię i numer dowodu osobistego lub paszportu.
(2) Podaje osoba, dla której identyfikatorem podatkowym jest NIP.

DANE ADRESOWE ŚWIADCZENIOBIORCY – ADRES ZAMIESZKANIA

01. Kod pocztowy <input type="text"/>	02. Poczta <input type="text"/>		
03. Gmina/Dzielnica <input type="text"/>			
04. Miejscowość <input type="text"/>			
05. Ulica <input type="text"/>			
06. Numer domu <input type="text"/>	07. Numer lokalu <input type="text"/>	08. Numer telefonu (1) <input type="text"/>	09. Symbol państwa (2)(3) <input type="text"/>
10. Zagraniczny kod pocztowy (2) <input type="text"/>	11. Nazwa państwa (2) <input type="text"/>		

(1) Podanie numeru telefonu nie jest obowiązkowe.
(2) Wypełnić w przypadku, gdy adres jest inny niż polski.
(3) Podanie symbolu państwa nie jest konieczne, jeżeli wniosek jest zgłaszany w formie papierowej.

Symbol i numer świadczenia:

Należy podać Oddział/Inspektorat ZUS:

Wnoszę o zgłoszenie do ubezpieczenia zdrowotnego wymienionych członków rodziny:

DANE CZŁONKA RODZINY – 1			
Numer PESEL (1)	Rodzaj dokumentu tożsamości: jeśli dowód osobisty, wpisać 1, jeśli paszport – 2	Seria i numer dokumentu	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Data urodzenia (dd/mm/rrrr)	Stopień pokrewieństwa/powinowactwa	Znaczny stopień niepełnosprawności (2) <input type="checkbox"/>	
<input type="text"/>	<input type="text"/>		
Nazwisko			
<input type="text"/>			
Imię			Data uzyskania uprawnień do ubezpieczenia zdrowotnego (3)
<input type="text"/>			(dd/mm/rrrr): <input type="text"/>
(1) Należy wpisać numer PESEL, a jeżeli nie nadano tego numeru, należy wpisać serię i numer dowodu osobistego lub paszportu.			
(2) Należy wpisać X – w przypadku posiadania ważnego orzeczenia o znacznym stopniu niepełnosprawności, lub innym traktowanym na równi.			
(3) Data zaistnienia okoliczności powodujących konieczność dokonania zgłoszenia do ubezpieczenia zdrowotnego, jednak nie wcześniejsza od daty nabycia uprawnień do emerytury-renty.			

ADRES ZAMIESZKANIA CZŁONKA RODZINY – 1 – jeżeli jest inny niż Pani/Pana adres zamieszkania.			
Kod pocztowy	Poczta		
<input type="text"/>	<input type="text"/>		
Gmina/Dzielnica			
<input type="text"/>			
Miejscowość			
<input type="text"/>			
Ulica			
<input type="text"/>			
Numer domu	Numer lokalu	Numer telefonu (1)	Symbol państwa (2)(3)
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Zagraniczny kod pocztowy (2)	Nazwa państwa (2)		
<input type="text"/>	<input type="text"/>		
(1) Podanie numeru telefonu nie jest obowiązkowe.			
(2) Wypełnić w przypadku, gdy adres jest inny niż polski.			
(3) Podanie symbolu państwa nie jest konieczne, jeżeli wniosek jest zgłaszany w formie papierowej.			

DANE CZŁONKA RODZINY – 2			
Numer PESEL (1)	Rodzaj dokumentu tożsamości: jeśli dowód osobisty, wpisać 1, jeśli paszport – 2	Seria i numer dokumentu	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Data urodzenia (dd/mm/rrrr)	Stopień pokrewieństwa/powinowactwa	Znaczny stopień niepełnosprawności (2) <input type="checkbox"/>	
<input type="text"/>	<input type="text"/>		
Nazwisko			
<input type="text"/>			
Imię			Data uzyskania uprawnień do ubezpieczenia zdrowotnego (3)
<input type="text"/>			(dd/mm/rrrr): <input type="text"/>
(1) Należy wpisać numer PESEL, a jeżeli nie nadano tego numeru, należy wpisać serię i numer dowodu osobistego lub paszportu.			
(2) Należy wpisać X – w przypadku posiadania ważnego orzeczenia o znacznym stopniu niepełnosprawności, lub innym traktowanym na równi.			
(3) Data zaistnienia okoliczności powodujących konieczność dokonania zgłoszenia do ubezpieczenia zdrowotnego, jednak nie wcześniejsza od daty nabycia uprawnień do emerytury-renty.			

ADRES ZAMIESZKANIA CZŁONKA RODZINY – 2 – jeżeli jest inny niż Pani/Pana adres zamieszkania.			
Kod pocztowy	Poczta		
<input type="text"/>	<input type="text"/>		
Gmina/Dzielnica			
<input type="text"/>			
Miejscowość			
<input type="text"/>			
Ulica			
<input type="text"/>			
Numer domu	Numer lokalu	Numer telefonu (1)	Symbol państwa (2)(3)
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Zagraniczny kod pocztowy (2)	Nazwa państwa (2)		
<input type="text"/>	<input type="text"/>		
(1) Podanie numeru telefonu nie jest obowiązkowe.			
(2) Wypełnić w przypadku, gdy adres jest inny niż polski.			
(3) Podanie symbolu państwa nie jest konieczne, jeżeli wniosek jest zgłaszany w formie papierowej.			

DANE CZŁONKA RODZINY – 3			
Numer PESEL (1)	Rodzaj dokumentu tożsamości: jeśli dowód osobisty, wpisać 1, jeśli paszport – 2	Seria i numer dokumentu	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Data urodzenia (dd/mm/rrrr)	Stopień pokrewieństwa/powinowactwa	Znaczny stopień niepełnosprawności (2) <input type="checkbox"/>	
<input type="text"/>	<input type="text"/>		
Nazwisko			
<input type="text"/>			
Imię			Data uzyskania uprawnień do ubezpieczenia zdrowotnego (3)
<input type="text"/>			(dd/mm/rrrr): <input type="text"/>
<p>(1) Należy wpisać numer PESEL, a jeżeli nie nadano tego numeru, należy wpisać serię i numer dowodu osobistego lub paszportu. (2) Należy wpisać X – w przypadku posiadania ważnego orzeczenia o znacznym stopniu niepełnosprawności, lub innym traktowanym na równi. (3) Data zaistnienia okoliczności powodujących konieczność dokonania zgłoszenia do ubezpieczenia zdrowotnego, jednak nie wcześniejsza od daty nabycia uprawnień do emerytury-renty.</p>			

ADRES ZAMIESZKANIA CZŁONKA RODZINY – 3 – jeżeli jest inny niż Pani/Pana adres zamieszkania.			
Kod pocztowy	Poczta		
<input type="text"/>	<input type="text"/>		
Gmina/Dzielnica			
<input type="text"/>			
Miejscowość			
<input type="text"/>			
Ulica			
<input type="text"/>			
Numer domu	Numer lokalu	Numer telefonu (1)	Symbol państwa (2) (3)
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Zagraniczny kod pocztowy (2)	Nazwa państwa (2)		
<input type="text"/>	<input type="text"/>		
<p>(1) Podanie numeru telefonu nie jest obowiązkowe. (2) Wypełnić w przypadku, gdy adres jest inny niż polski. (3) Podanie symbolu państwa nie jest konieczne, jeżeli wniosek jest zgłaszany w formie papierowej.</p>			

Oświadczam, że wykazani wyżej członkowie rodziny spełniają warunki ustawowe do zgłoszenia do ubezpieczenia zdrowotnego w tym charakterze (patrz pouczenie).

(Miejscowość)

(Data: dd/mm/rrrr)

(Podpis osoby zainteresowanej
lub pełnomocnika)

Pouczenie

- Członkami rodziny są:
 - dziecko własne, dziecko małżonka, dziecko przysposobione, wnuk albo dziecko obce, dla którego ustanowiono opiekę, albo dziecko obce w ramach rodziny zastępczej lub rodzinnego domu dziecka, do ukończenia przez nie 18 lat, a jeżeli kształci się dalej – do ukończenia 26 lat, natomiast jeżeli posiada orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności lub inne traktowane na równi – bez ograniczenia wieku,
 - małżonek,
 - wstępni (np. ojciec, matka, dziadek, babka) pozostający z ubezpieczonym we wspólnym gospodarstwie domowym, jeżeli nie są osobami podlegającymi obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego ani nie są osobami uprawnionymi do świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie przepisów o koordynacji oraz zamieszkują na terytorium państwa członkowskiego Unii Europejskiej lub Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu (EFTA).
- O wszelkich zmianach w stosunku do danych podanych oraz okolicznościach skutkujących ustaniem statusu członka rodziny, w szczególności nabyciu przez członka rodziny tytułu do ubezpieczenia zdrowotnego (np. w związku z zatrudnieniem na podstawie umowy o pracę, nabyciem statusu bezrobotnego) należy powiadomić Oddział ZUS wypłacający świadczenie w terminie 7 dni od zaistnienia tych zmian.
- Szczegółowe informacje dostępne są na stronach internetowych ZUS www.zus.pl. Można je także uzyskać w każdym Inspektoracie / Oddziale ZUS oraz telefonicznie w Centrum Obsługi Telefonicznej, tel. **22 560 16 00** – numer przeznaczony do obsługi połączeń z telefonów komórkowych oraz stacjonarnych krajowych i zagranicznych.