

Wniosek o:
**zgłoszenie do ubezpieczenia zdrowotnego/
wyrejestrowanie z ubezpieczenia zdrowotnego
członków rodziny świadczeniobiorcy**

Instrukcja wypełniania

Wypełnij ten formularz, jeśli chcesz:

- zgłosić członków rodziny do ubezpieczenia zdrowotnego lub
- wyrejestrować członków rodziny z ubezpieczenia zdrowotnego.

Zanim wypełnisz wniosek, zapoznaj się z dołączoną do niego Informacją

1. Wypełnij WIELKIMI LITERAMI
2. Pola wyboru zaznacz znakiem **X**
3. Wypełnij kolorem czarnym lub niebieskim (nie ołówkiem)

Twoje dane

PESEL		
Rodzaj, seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość		
	Podaj, jeśli nie masz nadanego numeru PESEL	
Imię		
Nazwisko		
Data urodzenia	/ /	Płeć (K – kobieta/ M – mężczyzna)
	dd / mm / rrrr Informacja, która ułatwi nam zidentyfikowanie Cię. To pole jest dobrowolne	
NFZ	R	Wpisz kod oddziału wojewódzkiego NFZ właściwego ze względu na miejsce zamieszkania na terytorium RP (kody znajdziesz w Informacji). Jeśli Twoje miejsce zamieszkania nie znajduje się w Polsce, wpisz oddział właściwy według ostatniego miejsca zamieszkania na terytorium RP
Ulica		
Numer domu		Numer lokalu
Kod pocztowy		Miejscowość
Nazwa państwa		
	Podaj, jeśli Twój adres jest inny niż polski	
Numer telefonu		
	Jeśli podasz nam tę informację, ułatwi nam to kontakt w Twojej sprawie. To pole jest dobrowolne	

Dane dotyczące świadczenia

Podaj placówkę ZUS, która wypłaca świadczenie, oraz numer świadczenia

Zakres wniosku

Wnoszę o:

- ☐ zgłoszenie członków rodziny, którzy spełniają warunki ustawowe, do ubezpieczenia zdrowotnego
 ☐ wyrejestrowanie członków rodziny z ubezpieczenia zdrowotnego

Dane członka rodziny – 1

PESEL

Rodzaj, seria i numer dokumentu
potwierdzającego tożsamość

Podaj, jeśli członek rodziny nie ma nadanego numeru PESEL

Imię

Nazwisko

Data urodzenia

dd / mm / rrrr

Stopień pokrewieństwa/ powinowactwa

Data uzyskania uprawnień
do ubezpieczenia zdrowotnego

dd / mm / rrrr

Ważne! Podaj, jeśli zgłaszasz członka rodziny do ubezpieczenia zdrowotnego. Podaj datę okoliczności, które spowodowały konieczność tego zgłoszenia, jednak nie wcześniejszą od dnia, gdy nabyłeś uprawnienia do świadczenia emerytalno-rentowego

Data utraty uprawnień
do ubezpieczenia zdrowotnego

dd / mm / rrrr

Ważne! Podaj, jeśli wyrejestrowujesz członka rodziny z ubezpieczenia zdrowotnego. Podaj datę okoliczności, które spowodowały konieczność wyrejestrowania z ubezpieczenia zdrowotnego

Adres zamieszkania członka rodziny – podaj, jeżeli jest inny niż Twój adres zamieszkania

Ulica

Numer domu

Numer lokalu

Kod pocztowy

Miejscowość

Nazwa państwa

Podaj, jeśli adres jest inny niż polski

Zgłaszana osoba ma znaczny stopień niepełnosprawności

☐

Zaznacz znakiem X, gdy zgłaszana osoba ma ważne orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności lub inne traktowane na równi

Dane członka rodziny – 2

PESEL	
Rodzaj, seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość	
	Podaj, jeśli członek rodziny nie ma nadanego numeru PESEL
Imię	
Nazwisko	
Data urodzenia	
	dd / mm / rrrr
Stopień pokrewieństwa/ powinowactwa	
Data uzyskania uprawnień do ubezpieczenia zdrowotnego	
	dd / mm / rrrr
	Ważne! Podaj, jeśli zgłaszasz członka rodziny do ubezpieczenia zdrowotnego. Podaj datę okoliczności, które spowodowały konieczność tego zgłoszenia, jednak nie wcześniejszą od dnia, gdy nabyłeś uprawnienia do świadczenia emerytalno-rentowego
Data utraty uprawnień do ubezpieczenia zdrowotnego	
	dd / mm / rrrr
	Ważne! Podaj, jeśli wyrejestrowujesz członka rodziny z ubezpieczenia zdrowotnego. Podaj datę okoliczności, które spowodowały konieczność wyrejestrowania z ubezpieczenia zdrowotnego

Adres zamieszkania członka rodziny – podaj, jeżeli jest inny niż Twój adres zamieszkania

Ulica			
Numer domu		Numer lokalu	
Kod pocztowy		Miejscowość	
Nazwa państwa			
	Podaj, jeśli adres jest inny niż polski		

Zgłaszana osoba ma znaczny stopień niepełnosprawności ☐

Zaznacz znakiem **X**, gdy zgłaszana osoba ma ważne orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności lub inne traktowane na równi

Dane członka rodziny – 3

PESEL	
Rodzaj, seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość	
	Podaj, jeśli członek rodziny nie ma nadanego numeru PESEL
Imię	
Nazwisko	
Data urodzenia	
	dd / mm / rrrr
Stopień pokrewieństwa/ powinowactwa	

Data uzyskania uprawnień
do ubezpieczenia zdrowotnego

--	--	--	--	--	--	--	--

dd / mm / rrrr

Ważne! Podaj, jeśli zgłaszasz członka rodziny do ubezpieczenia zdrowotnego. Podaj datę okoliczności, które spowodowały konieczność tego zgłoszenia, jednak nie wcześniejszą od dnia, gdy nabyłeś uprawnienia do świadczenia emerytalno-rentowego

Data utraty uprawnień
do ubezpieczenia zdrowotnego

--	--	--	--	--	--	--	--

dd / mm / rrrr

Ważne! Podaj, jeśli wyrejestrowujesz członka rodziny z ubezpieczenia zdrowotnego. Podaj datę okoliczności, które spowodowały konieczność wyrejestrowania z ubezpieczenia zdrowotnego

Adres zamieszkania członka rodziny – podaj, jeżeli jest inny niż Twój adres zamieszkania

Ulica

--

Numer domu

--

Numer lokalu

--

Kod pocztowy

--

Miejscowość

--

Nazwa państwa

--

Podaj, jeśli adres jest inny niż polski

Zgłaszana osoba ma znaczny stopień niepełnosprawności

--

Zaznacz znakiem **X**, gdy zgłaszana osoba ma ważne orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności lub inne traktowane na równi

Oświadczenie

Oświadczam, że dane zawarte we wniosku podaję zgodnie z prawdą, co potwierdzam złożonym podpisem.

Data

--	--	--	--	--	--	--	--

dd / mm / rrrr

Czytelny podpis

Informacje, o których mowa w art. 13 ust. 1 i 2 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), są dostępne w centrali lub terenowych jednostkach organizacyjnych ZUS oraz na stronie internetowej ZUS pod adresem: <https://bip.zus.pl/rodo>