

DANE CZŁONKA RODZINY - 1

Numer PESEL (1)

Rodzaj dokumentu tożsamości:

jeśli dowód osobisty,

wpisać 1, jeśli paszport - 2

Seria i numer dokumentu

Data urodzenia (dd / mm / rrrr)

Stopień pokrewieństwa / powinowactwa:

Znaczny stopień

niepełnosprawności: (2)

Nazwisko:

Imię:

Data uzyskania uprawnień do ubezpieczenia

zdrowotnego (3)

(dd / mm / rrrr):

(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

Pocztą:

Gmina / Dzielnica:

Miejscowość:

Ulica:

Numer domu:

Numer lokalu:

Numer telefonu: (1)

Symbol państwa: (2)(3)

Zagraniczny kod pocztowy: (2)

Nazwa państwa: (2)

(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

Data urodzenia (dd / mm / rrrr)

Stopień pokrewieństwa / powinowactwa:

Znaczny stopień

niepełnosprawności: (2)

Nazwisko:

Imię:

Data uzyskania uprawnień do ubezpieczenia

zdrowotnego (3)

(dd / mm / rrrr):

(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

Pocztą:

Gmina / Dzielnica:

Miejscowość:

Ulica:

Numer domu:

Numer lokalu:

Numer telefonu: (1)

Symbol państwa: (2)(3)

Zagraniczny kod pocztowy: (2)

Nazwa państwa: (2)

(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

Data urodzenia (dd / mm / rrrr)

Stopień pokrewieństwa / powinowactwa:

Znaczny stopień

niepełnosprawności: (2)

Nazwisko:

Imię:

Data uzyskania uprawnień do ubezpieczenia

zdrowotnego (3)

(dd / mm / rrrr):

(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 - 3 - jeżeli jest inny niż Pani / Pana adres zamieszkania.

Kod pocztowy

Począ:

Gmina / Dzielnica:

Miejscowość:

Ulica:

Numer domu:

Numer lokalu:

Numer telefonu: (1)

Symbol państwa: (2)(3)

Zagraniczny kod pocztowy: (2)

Nazwa państwa: (2)

(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.

Oświadczam, że zgłoszeni do ubezpieczenia zdrowotnego:

- członkowie rodziny pozostają na moim wyłącznym utrzymaniu, a ponadto krewny wstępny (ojciec, matka, dziadek, babka) wymienieni

w pkt pozostaje ze mną we wspólnym gospodarstwie domowym i nie jest objęty obowiązkiem ubezpieczenia.

- wnuki wymienieni w pkt, nie mają rodziców, którzy podlegają obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego, nie są uprawnieni do świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie przepisów o koordynacji, z tytułu wykonywania pracy lub pracy na własny rachunek, albo ubezpieczeniu dobrowolnemu.

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

O wystąpieniu zmian mających wpływ na treść złożonego wniosku powiadomię Oddział ZUS wypłacający świadczenie w terminie 7 dni od wystąpienia okoliczności powodujących zmianę.

.....
(Miejscowość).....
(Data: dd / mm / rrrr).....
Data i czytelny podpis
świadczeniobiorcy lub
przedstawiciela ustawowego
tej osoby.