



WNIOSEK PRACOWNIKA

zgłoszenie / wyrejestrowanie członka rodziny do ubezpieczenia zdrowotnego • stan prawny: 09.08.2026

IMIĘ I NAZWISKO UBEZPIECZONEGO

MIEJSCOWOŚĆ, DATA

--	--

PESEL UBEZPIECZONEGO

PRACODAWCA / PŁATNIK SKŁADEK

--	--

Formularz pomocniczy do przygotowania ZUS ZCNA. Dla każdego członka rodziny najlepiej wypełnić osobny egzemplarz. Pracownik przekazuje płatnikowi dane w ciągu 7 dni od powstania albo ustania okoliczności uzasadniających zgłoszenie.

1. Rodzaj dyspozycji

- ☐ ZGŁOSZENIE członka rodziny do ubezpieczenia zdrowotnego
- ☐ WYREJESTROWANIE członka rodziny z ubezpieczenia zdrowotnego

DATA UZYSKANIA UPRAWNIENIA

DATA UTRATY UPRAWNIENIA

--	--

2. Dane członka rodziny

PESEL *jeżeli nadano*

--

NAZWISKO

PIERWSZE IMIĘ

--	--

DATA URODZENIA (DD/MM/RRRR)

STOPIEŃ POKREWIEŃSTWA / POWINOWACTWA

--	--

DOKUMENT TOŻSAMOŚCI - RODZAJ, SERIA I NUMER *wypełnij, jeżeli członek rodziny nie ma numeru PESEL i dane są wymagane do ZUS ZCNA*

--

3. Warunki zgłoszenia

Oświadczam, że osoba wskazana w formularzu nie ma własnego obowiązkowego tytułu do ubezpieczenia zdrowotnego i nie ma prawa do świadczeń na podstawie przepisów o koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego z tytułu pracy lub pracy na własny rachunek.

- ☐ członek rodziny pozostaje ze mną we wspólnym gospodarstwie domowym
- ☐ członek rodziny nie pozostaje ze mną we wspólnym gospodarstwie domowym

STOPIEŃ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI / INFORMACJA O ORZECZENIU *jeżeli dotyczy*

--

WNIOSEK PRACOWNIKA

członek rodziny - dane uzupełniające

4. Dane zależne od rodzaju członka rodziny

Jeżeli zgłaszane jest dziecko:

- ☐ dziecko nie ukończyło 18 lat
- ☐ dziecko ukończyło 18 lat, ale nie ukończyło 26 lat i uczy się w szkole / uczelni / szkole doktorskiej
- ☐ dziecko ma orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności lub orzeczenie równoważne - bez ograniczenia wieku

Jeżeli zgłaszany jest wnuk:

- ☐ żadne z rodziców wnuka nie jest objęte obowiązkowo ubezpieczeniem zdrowotnym
- ☐ żadne z rodziców wnuka nie jest uprawnione do świadczeń na podstawie przepisów o koordynacji z tytułu pracy lub pracy na własny rachunek
- ☐ żadne z rodziców wnuka nie jest objęte dobrowolnym ubezpieczeniem zdrowotnym

Jeżeli zgłaszany jest wstępny (np. rodzic, dziadek):

- ☐ pozostaje ze mną we wspólnym gospodarstwie domowym

5. Adres zamieszkania członka rodziny

Wypełnij tylko wtedy, gdy adres zamieszkania członka rodziny jest inny niż adres osoby ubezpieczonej.

KOD POCZTOWY I MIEJSCOWOŚĆ

GMINA / DZIELNICA

ULICA, NUMER DOMU, NUMER LOKALU

ADRES ZAGRANICZNY - PAŃSTWO I KOD POCZTOWY *jeżeli dotyczy*

6. Oświadczenie ubezpieczonego

Potwierdzam zgodność podanych danych ze stanem faktycznym. Zobowiązuję się poinformować płatnika składek w ciągu 7 dni o ustaniu okoliczności uzasadniających zgłoszenie członka rodziny do ubezpieczenia zdrowotnego.

miejscowość i data

podpis osoby ubezpieczonej