

WNIOSEK

O WYDANIE ZAŚWIADCZENIA O ZGŁOSZENIU DO UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO

Instrukcja wypełniania

Chcesz wiedzieć, czy Twój pracodawca (lub inny Twój płatnik składek) zgłosił Ciebie lub członków Twojej rodziny do ubezpieczenia zdrowotnego?

Wypełnij ten wniosek, a wydamy Ci zaświadczenie.

1. Wypełnij WIELKIMI LITERAMI
2. Pola wyboru zaznacz znakiem **X**
3. Wypełnij kolorem czarnym lub niebieskim (nie ołówkiem)
4. We wniosku podaj **adres do korespondencji** w tej sprawie

Dane wnioskodawcy

PESEL										
Rodzaj, seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość										
Jeśli nie masz numeru PESEL, podaj serię i numer innego dokumentu										
Imię										
Nazwisko										
Ulica										
Numer domu		Numer lokalu								
Kod pocztowy		Miejscowość								
Nazwa państwa										
Podaj, jeśli Twój adres jest inny niż polski										
Numer telefonu										
Podaj numer telefonu – to ułatwi nam kontakt w Twojej sprawie										

Dane członka rodziny, którego zgłosiłeś do ubezpieczenia zdrowotnego

Wypełnij, jeśli wniosek dotyczy członka rodziny, którego zgłosiłeś do ubezpieczenia zdrowotnego

PESEL										
Rodzaj, seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość										
Jeśli nie ma numeru PESEL, podaj serię i numer innego dokumentu										
Imię										
Nazwisko										
Stopień pokrewieństwa/ powinowactwa										
Data urodzenia										
	dd	/	mm	/	rrrr					

Dane członka rodziny, którego zgłosiłeś do ubezpieczenia zdrowotnego

Wypełnij, jeśli wniosek dotyczy członka rodziny, którego zgłosiłeś do ubezpieczenia zdrowotnego

PESEL	
Rodzaj, seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość	
Jeśli nie ma numeru PESEL, podaj serię i numer innego dokumentu	
Imię	
Nazwisko	
Stopień pokrewieństwa/ powinowactwa	
Data urodzenia	
	dd / mm / rrrr

Dane płatnika składek (np. pracodawcy), który zgłosił do ubezpieczenia zdrowotnego

NIP płatnika	
Nazwa albo imię i nazwisko płatnika	

Uzasadnienie wniosku

Wskaż, dlaczego potrzebujesz zaświadczenia, np. z powodu błędnej weryfikacji Ciebie lub członka Twojej rodziny w systemie EWUŚ

Sposób odbioru odpowiedzi

- ☐ w placówce ZUS (osobiście lub przez osobę upoważnioną)
- ☐ pocztą na adres wskazany we wniosku
- ☐ na moim koncie na Platformie Usług Elektronicznych (PUE ZUS)

Data	
	dd / mm / rrrr

Czytelny podpis wnioskodawcy

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: <http://bip.zus.pl/rodo/rodo-klauzule-informacyjne>