

## 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	<input type="text"/>										
Rodzaj, seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość	<input type="text"/>										
	Jeśli nie masz numeru PESEL, podaj serię i numer innego dokumentu										
Imię	<input type="text"/>										
Nazwisko	<input type="text"/>										
Ulica	<input type="text"/>										
Numer domu	<input type="text"/>	Numer lokalu	<input type="text"/>								
Kod pocztowy	<input type="text"/>	Miejscowość	<input type="text"/>								
Nazwa państwa	<input type="text"/>										
	Podaj, jeśli Twój adres jest inny niż polski										
Numer telefonu	<input type="text"/>										
	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	<input type="text"/>											
Rodzaj, seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość	<input type="text"/>											
	Jeśli nie ma numeru PESEL, podaj serię i numer innego dokumentu											
Imię	<input type="text"/>											
Nazwisko	<input type="text"/>											
Stopień pokrewieństwa/ powinowactwa	<input type="text"/>											
Data urodzenia	<input type="text"/>	<input type="text"/>	/	<input type="text"/>	<input type="text"/>	/	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
	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>