

**WNIOSEK O:  
ZGŁOSZENIE DO UBEZPIECZENIA SPOŁECZNEGO/  
DO UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO**

**Instrukcja wypełniania**

---

1. Wypełnij WIELKIMI LITERAMI
2. Wypełnij kolorem czarnym lub niebieskim (nie ołówkiem)
3. Pola wyboru zaznacz znakiem **X**
4. Zanim wypełnisz wniosek, zapoznaj się z dołączoną do niego Informacją (str. 4-5)

**Dane Wnioskodawcy**

---

PESEL

Imię

Nazwisko

Data urodzenia

*dd / mm / rrrr*

Ulica

Numer domu  Numer lokalu

Kod pocztowy  Miejscowość

Gmina

Numer telefonu

*Podaj numer telefonu – to ułatwi nam kontakt w Twojej sprawie*

**Dane dotyczące instytucji ubezpieczeniowej**

---

*Podaj placówkę ZUS lub KRUS*

**Zakres wniosku**

---

Wnoszę o:

- zgłoszenie do ubezpieczenia społecznego
- zgłoszenie do ubezpieczenia zdrowotnego
- zgłoszenie do ubezpieczenia zdrowotnego członków rodziny

**Dane członka rodziny – 1** (wypełnij tylko wtedy jeśli zgłaszasz do ubezpieczenia zdrowotnego członka rodziny)

---

PESEL

Imię

Nazwisko

Data urodzenia  /  /   
*dd / mm / rrrr*

*Adres zamieszkania – podaj, jeżeli jest inny niż Twój adres zamieszkania*

Ulica

Numer domu  Numer lokalu

Kod pocztowy  Miejscowość

Gmina

Stopień pokrewieństwa

Zgłaszana osoba ma znaczny stopień niepełnosprawności   
zaznacz znakiem **X** gdy zgłaszana osoba ma ważne orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności lub innym traktowanym na równi

**Dane członka rodziny – 2** (wypełnij tylko wtedy jeśli zgłaszasz do ubezpieczenia zdrowotnego członka rodziny)

---

PESEL

Imię

Nazwisko

Data urodzenia  /  /   
*dd / mm / rrrr*

*Adres zamieszkania – podaj, jeżeli jest inny niż Twój adres zamieszkania*

Ulica

Numer domu  Numer lokalu

Kod pocztowy  Miejscowość

Gmina

Stopień pokrewieństwa

Zgłaszana osoba ma znaczny stopień niepełnosprawności   
zaznacz znakiem **X** gdy zgłaszana osoba ma ważne orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności lub innym traktowanym na równi

## Oświadczenie

---

Oświadczam, że powyższe dane są prawdziwe i jestem świadoma/świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

Data 

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

---

Czytelny podpis

**O wszelkich zmianach w stosunku do danych zawartych w niniejszym wniosku zobowiązuję się niezwłocznie powiadomić płatnika składek.**

## **INFORMACJA**

### **do wniosku o zgłoszenie do ubezpieczenia społecznego/ubezpieczenia zdrowotnego**

---

Wraz z wypłatą świadczenia za świadczeniobiorcę są odprowadzane składki emerytalno-rentowe, które – opłacane przez odpowiedni okres – umożliwią mu nabycie uprawnień emerytalnych w co najmniej minimalnej wysokości.

Osoby pobierające świadczenie pielęgnacyjne, przyznane na podstawie przepisów o świadczeniach rodzinnych, podlegają obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego, o ile nie posiadają innego tytułu do ubezpieczenia zdrowotnego (art. 66 ust. 1 pkt 28 ustawy zdrowotnej). Obowiązek ubezpieczenia zdrowotnego obejmuje okres od dnia przyznania świadczenia do dnia utraty prawa do jego pobierania (art. 73 pkt 10 ustawy zdrowotnej). Obowiązek zgłoszenia świadczeniobiorcy spoczywa na wójcie, burmistrzu lub prezydencie miasta (art. 75 ust. 11 ustawy zdrowotnej).

### **Zgłoszenie do ubezpieczenia zdrowotnego członków rodziny**

---

Osoba, która podlega obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego, jest zobowiązana zgłosić do tego ubezpieczenia członków rodziny, którzy po zgłoszeniu uzyskują prawo do świadczeń zdrowotnych (art. 67 ust. 3 ustawy zdrowotnej). Za członków rodziny uważane są następujące osoby:

- dziecko własne, dziecko małżonka, dziecko przysposobione, wnuk albo dziecko obce, dla którego ustanowiono opiekę, albo dziecko obce w ramach rodziny zastępczej, do ukończenia przez nie 18 lat, a jeżeli kształci się dalej – do ukończenia 26 lat, natomiast jeżeli posiada orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności lub inne traktowane na równi – bez ograniczenia wieku,
- małżonek,
- wstępni, pozostający z ubezpieczonym we wspólnym gospodarstwie domowym.

### **Zgłoś członka rodziny do ubezpieczenia zdrowotnego, jeśli:**

---

- nie ma on obowiązkowego ubezpieczenia zdrowotnego, np. jako pracownik, zleceniobiorca, osoba prowadząca pozarolniczą działalność gospodarczą, bezrobotny itp.,
- nie jest uprawniony do świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie przepisów o koordynacji systemów zaopatrzenia społecznego w zakresie udzielania rzeczowych świadczeń zdrowotnych

### **O czym powinieneś nas powiadomić:**

---

Jeśli zgłosiłeś do ubezpieczenia zdrowotnego członków rodziny powinieneś nas poinformować o wszelkich zmianach w stosunku do danych podanych przez Ciebie oraz o okolicznościach, które spowodowały ustanie statusu członka rodziny. W szczególności o nabyciu przez członka rodziny tytułu do ubezpieczenia zdrowotnego (np. jeżeli podjął zatrudnienie na podstawie umowy o pracę, nabył status osoby bezrobotnej) – powinieneś powiadomić nas w terminie 7 dni od zaistnienia tych zmian.

### **Podstawa prawna:**

---

- Ustawa z dnia 28 listopada 2003 r. o świadczeniach rodzinnych (Dz. U. z 2020 r. poz. 111);
- Ustawa z dnia z 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2020 r. poz. 695).