ZUS | ZAKŁAD UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH

UWZ

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

Numer 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

Numer 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

Numer 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