

ZUS P Z C N A  
I. DANE ORGANIZ.

10.02.002

ZGŁOSZENIE DANYCH O CZŁONKACH RODZINY  
DLA CELÓW UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO

01.	<div></div>	02.	<div></div>
-----	-------------	-----	-------------

## II. DANE IDENTYFIKACYJNE PŁATNIKA SKŁADEK

POLA: 01. - DATA NADANIA (WYPEŁNIA ZUS) 02. - NALEPKA R (WYPEŁNIA ZUS)

01. NUMER NIP	1080021423	02. NUMER REGON	366597023	03. NUMER PESEL		04. RODZAJ DOKUMENTU	
05. SERIA I NUMER DOKUMENTU		06. NAZWA SKRÓCONA	LTIMINDTREE LIMITED (SPÓŁKA AKC)				
07. NAZWISKO		08. IMIĘ PIERW.					
09. DATA URODZENIA							

## III. DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY UBEZPIECZONEJ

01. NUMER PESEL	95061713679	02.		03. RODZAJ DOKUMENTU		04. SERIA I NUMER DOKUMENTU	
05. NAZWISKO	EL RIFAI			07. DATA URODZENIA	17.06.1995		
06. IMIĘ PIERWSZE	ABDALLAH						

## IV.A. DANE O CZŁONKU RODZINY OSOBY UBEZPIECZONEJ UPRAWNIONYM DO ŚWIADCZEŃ Z UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO

01. ZGŁOSZENIE NOWEGO CZŁONKA RODZINY (1) / WYREJESTROWANIE CZŁONKA RODZINY (2)	1	02. DATA UZYSKANIA / UTRATY UPRAWNIENI DO UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO PRZEZ CZŁONKA RODZINY	11.08.2025
03. NUMER PESEL	25281105169	04. NUMER NIP	
05. RODZAJ DOKUMENTU		06. SERIA I NUMER DOKUMENTU	
07. NAZWISKO	EL RIFAI		
08. IMIĘ PIERWSZE	NASSIMA		
09. DATA URODZENIA	11.08.2025		
10. KOD STOPNIA POKREWIEŃSTWA / POWINOWACTWA	11	11. POZOSTAJE WE WSPÓLNYM GOSPODARSTWIE DOMOWYM Z OSOBĄ UBEZPIECZONĄ (X OZNACZA TAK)	X
12. KOD STOPNIA NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI	0		

IV.B. ADRES  
ZAMIESZKANIA

01. KOD		02. MIEJSCOWOŚĆ	
03. GMINA/ DZIELNICA		04. ULICA	
05. NR DOMU		07. NR TELEFONU	
06. NR LOKALU		08. ZAGR. KOD POCZT.	

## V.A. DANE O CZŁONKU RODZINY OSOBY UBEZPIECZONEJ UPRAWNIONYM DO ŚWIADCZEŃ Z UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO

01. ZGŁOSZENIE NOWEGO CZŁONKA RODZINY (1) / WYREJESTROWANIE CZŁONKA RODZINY (2)		02. DATA UZYSKANIA / UTRATY UPRAWNIENI DO UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO PRZEZ CZŁONKA RODZINY	
03. NUMER PESEL		05. RODZAJ DOKUMENTU	
04. NUMER NIP		06. SERIA I NUMER DOKUMENTU	
07. NAZWISKO			
08. IMIĘ PIERWSZE			
09. DATA URODZENIA			
10. KOD STOPNIA POKREWIEŃSTWA / POWINOWACTWA			
11. POZOSTAJE WE WSPÓLNYM GOSPODARSTWIE DOMOWYM Z OSOBĄ UBEZPIECZONĄ (X OZNACZA TAK)			
12. KOD STOPNIA NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI			

V.B. ADRES  
ZAMIESZKANIA

01. KOD		02. MIEJSCOWOŚĆ	
03. GMINA/ DZIELNICA		04. ULICA	
05. NR DOMU		07. NR TELEFONU	
06. NR LOKALU		08. ZAGR. KOD POCZT.	

## VI. OŚWIADCZENIE PŁATNIKA SKŁADEK

01. DATA WYPEŁNIENIA 29.08.2025

OŚWIADCZAM, ŻE DANE ZAWARTE W FORMULARZU SĄ ZGODNE ZE STANEM PRAWNYM I FAKTYCZNYM. JESTEM ŚWIADOMY(-MA) ODPOWIEDZIALNOŚCI KARNEJ ZA ZEZNANIE NIEPRAWDY LUB ZATAJENIE PRAWDY.

## VII. OŚWIADCZENIE OSOBY UBEZPIECZONEJ

OŚWIADCZAM, ŻE DANE ZAWARTE W FORMULARZU SĄ ZGODNE ZE STANEM PRAWNYM I FAKTYCZNYM. JESTEM ŚWIADOMY(-MA) ODPOWIEDZIALNOŚCI KARNEJ ZA ZEZNANIE NIEPRAWDY LUB ZATAJENIE PRAWDY.

PODPIS PŁATNIKA LUB OSOBY UPOWAŻNIONEJ ORAZ PIECZĄTKĘ PŁATNIKA POTWIERDZAJĄCE DANE ZAWARTE NA PIERWSZEJ STRONIE DOKUMENTU NALEŻY UMIEŚCIĆ NA GÓRZE DRUGIEJ STRONY DOKUMENTU.