

**I. DANE ORGANIZACYJNE**

01. ZGŁOSZENIE DO UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO<sup>1)</sup>  02. ZGŁOSZENIE ZMIANY (wpisać - 1) / KOREKTY (wpisać - 2) DANYCH<sup>2)</sup>

03. Data nadania (dd / mm / rrrr)  04. Nalepka "B"

**II. DANE IDENTYFIKACYJNE PLATNIKA SKŁADEK**

01. NIP (wpisać bez kresek)  02. REGON

03. PESEL  INNY NUMER  05. Seria i numer dokumentu

06. Nazwa skrócona  04. Rodzaj dokumentu: jeśli dowód osobisty, wpisać 1,  jeśli paszport - 2

07. Nazwisko

08. Imię pierwsze

09. Data urodzenia (dd / mm / rrrr)

II. DANE IDENTYFIKACYJNE PLATNIKA SKŁADEK

**III. DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY ZGŁASZANEJ DO UBEZPIECZENIA**

01. PESEL  02. NIP (wpisać bez kresek)  03. Rodzaj dokumentu (wypełnić jak pole II.04)  04. Seria i numer dokumentu

05. Nazwisko

06. Imię pierwsze

07. Data urodzenia (dd / mm / rrrr)

III. DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY ZGŁASZANEJ DO UBEZPIECZENIA

**IV. DANE EWIDENCYJNE OSOBY ZGŁASZANEJ DO UBEZPIECZENIA**

01. Imię drugie

02. Nazwisko rodowe

03. Obywatelstwo

04. Płeć (wpisać: **K** - kobieta, **M** - mężczyzna)

05. Czy cudzoziemiec posiada kartę stałego pobytu? Jeśli TAK, wpisać **X**

06. Czy cudzoziemiec posiada kartę czasowego pobytu wydaną w związku z udzieleniem statusu uchodźcy? Jeśli TAK, wpisać **X**.

**VI. TYTUŁ UBEZPIECZENIA**

01. Kod tytułu<sup>3)</sup><sub>4)</sub> ubezpieczenia

**VI. DANE O OBOWIĄZKOWYM UBEZPIECZENIU ZDROWOTNYM**

01. Data powstania obowiązku ubezpieczenia (dd / mm / rrrr)

**VII. DANE O DOBROWOLNYM UBEZPIECZENIU ZDROWOTNYM**

02. Data rozpoczęcia ubezpieczenia<sup>5)</sup> (dd / mm / rrrr)  02. Kwota pierwszej składki<sup>6)</sup>

**VIII. DANE O KASIE CHORYCH**

01. Kod kasy<sup>3)</sup>  02. Nazwa kasy<sup>7)</sup>  03. Data przystąpienia do kasy (dd / mm / rrrr)

**IX. ADRES ZAMELDOWANIA NA STAŁE MIEJSCE POBYTU**

01. Kod pocztowy  02. Miejscowość

03. Gmina

04. Ulica

05. Numer domu  06. Numer lokalu

07. Numer telefonu

08. Numer faksu

