



**Kasa Rolniczego
Ubezpieczenia Społecznego
Oddział Regionalny**

w _____
Placówka Terenowa^{1/}
w _____

ZGŁOSZENIE DO UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO

I. DANE IDENTYFIKACYJNE ROLNIKA-DOMOWNIKA^{1/} PODLEGAJĄCEGO UBEZPIECZENIU ZDROWOTNEMU
(wypełnia pracownik KRUS)

NKP ^{2/}	NKU ^{3/}
symbol i numer emerytury / renty ^{4/}	

(wypełnia rolnik, domownik podlegający ubezpieczeniu zdrowotnemu)

1. Nazwisko	2. Nazwisko rodowe
3. Imiona _____ 1 imię 2 imię	4. Obywatelstwo:
5. Data urodzenia:	6. Płeć (K-kobieta, M-mężczyzna):
7. Adres zamieszkania: _____ gmina: _____ (kod, miejscowość) _____ (ulica) _____ (nr domu) (nr mieszkania)	
8. Numer PESEL^{5/}	9. Numer NIP^{6/}
10. Dowód osobisty/paszport^{1/} (wypełniają osoby nie posiadające numeru PESEL) seria _____ numer _____	
11. Nazwa Wojewódzkiego Oddziału Narodowego Funduszu Zdrowia:	

II. DANE IDENTYFIKACYJNE CZŁONKÓW RODZINY ZGŁASZANYCH DO UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO

Nazwisko i imiona Nazwisko rodowe	Obywatelstwo, stopień pokrewieństwa, stopień niepełnosprawności	Data urodzenia, płeć, numer PESEL, NIP, dowód osobisty lub paszport ^{1/}	Adres zamieszkania
_____ nazwisko _____ nazwisko rodowe _____ 1 imię 2 imię	_____ obywatelstwo _____ stopień pokrewieństwa _____ stopień niepełnosprawności	_____ data urodzenia _____ płeć _____ PESEL, NIP, dowód osobisty lub paszport ^{1/}	
_____ nazwisko _____ nazwisko rodowe _____ 1 imię 2 imię	_____ obywatelstwo _____ stopień pokrewieństwa _____ stopień niepełnosprawności	_____ data urodzenia _____ płeć _____ PESEL, NIP, dowód osobisty lub paszport ^{1/}	
_____ nazwisko _____ nazwisko rodowe _____ 1 imię 2 imię	_____ obywatelstwo _____ stopień pokrewieństwa _____ stopień niepełnosprawności	_____ data urodzenia _____ płeć _____ PESEL, NIP, dowód osobisty lub paszport ^{1/}	

odwrócić na drugą stronę

III. OŚWIADCZENIE UBEZPIECZONEGO:

1. Jestem rolnikiem i prowadzę (wpisać TAK lub NIE):

- wyłącznie gospodarstwo rolne -
- gospodarstwo rolne i dział specjalny produkcji rolnej -
- wyłącznie dział specjalny produkcji rolnej –
- grunty rolne przeznaczone do zalesienia decyzją starosty powiatu z dnia –

2. Jestem emerytem/rencistą (należy podać rodzaj świadczenia oraz organ rentowy wypłacający świadczenie - ZUS, KRUS lub inny organ rentowy): _____

3. Jestem zatrudniony (podać nazwę zakładu pracy oraz wymiar czasu pracy): _____

4. Całkowita powierzchnia użytków rolnych gospodarstwa rolnego wynosi:

..... hektarów przeliczeniowych, w tym przeznaczonych do zalesienia ha przeliczeniowych,
..... hektarów fizycznych.

5. Kwota zadeklarowanego miesięcznego/rocznego^{1/} dochodu z działów specjalnych produkcji rolnej zgłoszona w deklaracji do wymiaru zaliczek podatku dochodowego od dochodów z działów specjalnych produkcji rolnej (PIT-6) za rok wynosizł (wypełniają rolnicy prowadzący dział specjalne).

Pouczenie. Powyższa deklaracja o dochodzie, zgodnie z przepisami o postępowaniu egzekucyjnym w administracji, stanowi podstawę do wystawienia tytułu wykonawczego w przypadku nieopłacenia składek w ustawowym terminie.

6. Jestem bezrobotnym (wpisać TAK lub NIE) -

7. Pobieram (odpowiednie podkreślić):

- zasiłek przedemerytalny, świadczenie przedemerytalne,
- rentę socjalną, zasiłek stały, zasiłek stały wyrównawczy, gwarantowany zasiłek okresowy z pomocy społecznej.

Oświadczam, że powyższe dane zostały podane zgodnie z prawdą i świadomy(a) jestem odpowiedzialności z art. 233 § 1 Kodeksu karnego.

O wszelkich zmianach w zakresie podanych wyżej danych zobowiązuję się powiadomić niezwłocznie Kasę Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego.

(miejscowość i data)

(podpis osoby wypełniającej zgłoszenie)

Objaśnienia:

^{1/}- niepotrzebne skreślić,

^{2/}- Numer Konta Płatnika (NKP) wpisują pracownicy KRUS - jest to numer nadawany przez jednostkę KRUS przy obejmowaniu ubezpieczeniem społecznym rolników,

^{3/}- Numer Konta Ubezpieczonego (NKU) wpisuje pracownik KRUS – jest to numer nadawany przez KRUS przy obejmowaniu ubezpieczeniem zdrowotnym,

^{4/}- symbol i numer emerytury/renty wpisują pracownicy KRUS,

^{5/}- numer PESEL - jest to numer ewidencji ludności nadawany przez właściwy dla miejsca zamieszkania Wydział Ewidencji Ludności i wymieniony w dowodzie osobistym.

^{6/}- numer NIP - numer identyfikacji podatkowej nadany podatnikom podatku od dochodu przez urząd skarbowy.

Uwaga

Rolnicy i domownicy, których małżonkowie z tytułu własnych uprawnień zdrowotnych zgłosili do ubezpieczenia członków rodziny nie wypełniają części II druku.

INFORMACJA DLA UBEZPIECZONEGO

Kasa Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego informuje, że dane dotyczące osób podanych w zgłoszeniu do ubezpieczenia zdrowotnego podlegają ochronie na podstawie ustawy z dnia 29 sierpnia 1997r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2002r. Nr 101,poz.926, z późniejszymi zmianami).

KRUS UD-2Z