

ZUS ZCNA

**Zgłoszenie danych o członkach rodziny
dla celów ubezpieczenia zdrowotnego**



**Poradnik
dla płatników
składek**

Jak wypełnić i skorygować



ZAKŁAD
UBEZPIECZEŃ
SPOŁECZNYCH

ZUS ZCNA

Zgłoszenie danych o członkach rodziny dla celów ubezpieczenia zdrowotnego

Jak wypełnić i skorygować

Poradnik
dla płatników
składek

WWW.ZUS.PL



Zakład Ubezpieczeń Społecznych
ul. Szamocka 3, 5
01-748 Warszawa



ZAKŁAD
UBEZPIECZEŃ
SPOŁECZNYCH

PŁATNIK WYPEŁNIA POLA W WYZNACZONYCH KRATKACH KOMPUTEROWO, NA MASZYNIE LUB RĘCZNIE
DUŻYMI DRUKOWANYMI LITERAMI, CZARNYM LUB NIEBIESKIM KOLOREM.

ZAKŁAD UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH	ZUS ZCNA	strona: 1	ZGŁOSZENIE DANYCH O CZŁONKACH RODZINY DLA CELÓW UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO
-----------------------------------	----------	-----------	--

I. DANE ORGANIZACYJNE

01. Data nadania (dd / mm / rrrr)	02. Nalepka „R”

II. DANE IDENTYFIKACYJNE PŁATNIKA SKŁADEK

01. Numer NIP (wpisać bez kresek)	02. Numer REGON
1 2 3 4 5 6 7 8 9 0	1 1 1 1 1 1 1 1 1 1
03. Numer PESEL ¹⁾	04. Rodzaj dokumentu: jeśli dowód osobisty, wpisać 1, <input type="checkbox"/> jeśli paszport - 2 <input type="checkbox"/>
2 2 2 2 2 2 2 2 2 2	05. Seria i numer dokumentu
06. Nazwa skrócona	
07. Nazwisko	
K O W A L S K I	
08. Imię pierwsze	09. Data urodzenia (dd / mm / rrrr)
J A N	1 1 1 1 1 9 8 0

III. DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY UBEZPIECZONEJ

01. Numer PESEL ¹⁾	02.	03. Rodzaj dokumentu (wypełnić jak pole II.04)	04. Seria i numer dokumentu
1 1 1 1 1 1 1 1 1 1			
05. Nazwisko			
N O W A K			
06. Imię pierwsze		07. Data urodzenia (dd / mm / rrrr)	
A N N A		1 1 1 1 1 9 7 1	

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

1 01. Zgłoszenie nowego członka rodziny (wpisać - 1) / wyrejestrowanie członka rodziny (wpisać - 2)	0 1 1 1 2 0 1 3	02. Data uzyskania / utraty uprawnień do ubezpieczenia zdrowotnego przez członka rodziny (dd / mm / rrrr)	
03. Numer PESEL ¹⁾	04. Numer NIP (wpisać bez kresek) ²⁾	05. Rodzaj dokumentu (wypełnić jak pole II.04)	06. Seria i numer dokumentu
9 0 0 8 0 1 0 0 0 0 0			
07. Nazwisko			
N O W A K			
08. Imię pierwsze		09. Data urodzenia (dd / mm / rrrr)	
M A R I A		0 1 0 8 1 9 9 0	
1 1 10. Kod stopnia pokrewieństwa / powinowactwa	X 11. Czy pozostaje we wspólnym gospodarstwie domowym z osobą ubezpieczoną? Jeśli TAK, wpisać X.		
0 12. Kod stopnia niepełnosprawności			

IV. B. ADRES ZAMIESZKANIA (wpisać, jeśli adres zamieszkania jest inny niż adres zamieszkania ubezpieczonego)

01. Kod pocztowy	02. Miejscowość
03. Gmina / Dzielnica	
04. Ulica	
05. Numer domu	06. Numer lokalu
07. Numer telefonu	08. Symbol państwa - zagraniczny kod pocztowy (wypełnić w przypadku, gdy adres jest inny niż polski)

PŁATNIK WYPEŁNIA POLA W WYZNACZONYCH KRATKACH KOMPUTEROWO, NA MASZYNIE LUB RĘCZNIE
DUŻYMI DRUKOWANYMI LITERAMI, CZARNYM LUB NIEBIESKIM KOLOREM.

ZAKŁAD UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH	ZUS ZCNA	strona: 2	ZGŁOSZENIE DANYCH O CZŁONKACH RODZINY DLA CELÓW UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO
-----------------------------------	----------	-----------	--

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

<input type="checkbox"/> 01. Zgłoszenie nowego członka rodziny (wpisać - 1) / <input type="checkbox"/> wyrejestrowanie członka rodziny (wpisać - 2)	<input type="checkbox"/> 02. Data uzyskania / utraty uprawnień do ubezpieczenia zdrowotnego przez członka rodziny (dd / mm / rrrr)
03. Numer PESEL ¹⁾	04. Numer NIP (wpisać bez kresek) ²⁾
05. Rodzaj dokumentu (wypełnić jak pole II.04)	06. Seria i numer dokumentu
07. Nazwisko	
08. Imię pierwsze	
09. Data urodzenia (dd / mm / rrrr)	
<input type="checkbox"/> 10. Kod stopnia pokrewieństwa / powinowactwa	<input type="checkbox"/> 11. Czy pozostaje we wspólnym gospodarstwie domowym z osobą ubezpieczoną? Jeśli TAK, wpisać X.
<input type="checkbox"/> 12. Kod stopnia niepełnosprawności	

V. B. ADRES ZAMIESZKANIA (wpisać, jeśli adres zamieszkania jest inny niż adres zamieszkania ubezpieczonego)

01. Kod pocztowy	02. Miejscowość
03. Gmina / Dzielnica	
04. Ulica	
05. Numer domu	06. Numer lokalu
07. Numer telefonu	
08. Symbol państwa - zagraniczny kod pocztowy (wypełnić w przypadku, gdy adres jest inny niż polski)	

VI. OŚWIADCZENIE PŁATNIKA SKŁADEK

01. Data wypełnienia (dd / mm / rrrr)

0	2	1	1	2	0	1	3
---	---	---	---	---	---	---	---

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.

02. Podpis płatnika lub osoby upoważnionej
Jan Kowalski
03. Pieczęć płatnika

Oświadczam, że dane zawarte w formularzu
są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym.
Jestem świadomy(-ma) odpowiedzialności karnej
za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy.

01. Podpis osoby ubezpieczonej
Anna Nowak

VIII. ADNOTACJE ZUS

¹⁾ Numer PESEL podaje się, o ile został nadany.

²⁾ Pole wypełnia się, o ile zgłoszenie / wyrejestrowanie dotyczy członka rodziny zgłoszonego przed 1 września 2011 r. wyłącznie z numerem NIP.

DO CZEGO SŁUŻY DOKUMENT ZUS ZCNA?

Formularz ZUS ZCNA przeznaczony jest do:

- ➔ zgłoszenia danych o członku rodziny dla celów ubezpieczenia zdrowotnego,
- ➔ zgłoszenia utraty uprawnień do ubezpieczenia zdrowotnego przez członka rodziny zgłoszonego uprzednio na druku ZUS ZCNA lub ZUS ZCZA (używanym do czerwca 2008 r.),
- ➔ dokonania zmiany / korekty danych dotyczących członka rodziny zgłoszonego na druku ZUS ZCNA lub ZUS ZCZA – w tym celu wypełnia się blok IV, w którym wyrejestrowuje się członka rodziny z nieaktualnymi / błędnymi danymi, oraz blok V, w którym zgłasza się członka rodziny z aktualnymi / poprawnymi danymi.



PAMIĘTAJ

Przez członka rodziny należy rozumieć następujące osoby niepodlegające ubezpieczeniu zdrowotnemu z innego tytułu:

- ➔ dziecko własne, dziecko małżonka, dziecko przysposobione, wnuka albo dziecko obce, dla którego ustanowiono opiekę, albo dziecko obce w ramach rodziny zastępczej lub rodzinnego domu dziecka do ukończenia przez nie 18 lat, a jeżeli uczy się dalej w szkole, zakładzie kształcenia nauczycieli, uczelni lub w szkole doktorskiej – do ukończenia 26 lat, natomiast jeżeli posiada orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności lub inne traktowane na równi – bez ograniczenia wieku,
- ➔ małżonka,
- ➔ wstępnych pozostających z ubezpieczonym we wspólnym gospodarstwie domowym.

Od 01.01.2013 r. wnuk może zostać zgłoszony do ubezpieczenia zdrowotnego przez dziadków tylko, jeśli żaden z rodziców nie podlega ubezpieczeniu zdrowotnemu na podstawie art. 66 ust. 1 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, nie jest osobą uprawnioną do świadczeń na podstawie przepisów o koordynacji z tytułu wykonywania pracy lub pracy na własny rachunek, albo ubezpieczeniu dobrowolnemu.

W myśl przytoczonej ustawy dana osoba może zostać zgłoszona jako członek rodziny, jeżeli nie podlega obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego z innego tytułu (z zastrzeżeniem art. 66 ust. 2 ustawy). W konsekwencji osoba zgłoszona jako członek rodziny, która uzyskała inny tytuł do objęcia obowiązkiem ubezpieczenia zdrowotnego, np. podjęła zatrudnienie na podstawie umowy o pracę lub umowy zlecenia, uzyskała status bezrobotnego, rozpoczęła prowadzenie pozarolniczej działalności gospodarczej, traci status członka rodziny. Płatnik powinien więc złożyć wyrejestrowanie członka rodziny, a następnie po ustaniu własnego tytułu do ubezpieczenia, dokonać ponownego zgłoszenia członka rodziny, o ile dalej spełniane są wymagane warunki ustawowe do takiego zgłoszenia.



WAŻNE

Ogólne zasady sporządzania dokumentów ubezpieczeniowych oraz terminy i formy przekazywania ich znajdziesz w [poradniku *Ogólne zasady wypełniania i korygowania dokumentów ubezpieczeniowych* \[PDF, 11,4 MB\]](#).

Wzór prawidłowo wypełnionego dokumentu zgłoszeniowego ZUS ZCNA przedstawiliśmy na stronach 2 i 3.

JAK WYPEŁNIĆ DOKUMENT ZUS ZCNA?

Zasady poprawnego wypełnienia zgłoszenia danych o członkach rodziny dla celów ubezpieczenia zdrowotnego ZUS ZCNA przedstawiamy poniżej:

I. DANE ORGANIZACYJNE

Bloku I – nie wypełnia się.

➔ **Pól 01 i 02** – nie wypełnia się.

II. DANE IDENTYFIKACYJNE PŁATNIKA SKŁADEK

Ten blok wypełnij szczególnie starannie, wpisując dane podane w zgłoszeniu płatnika składek ZUS ZPA, ZUS ZFA lub we wniosku CEIDG-1, a w przypadku zmiany / korekty danych identyfikacyjnych płatnika składek – dane podane w bloku III dokumentu ZUS ZIPA lub wniosku CEIDG-1.



WAŻNE

Zasady podawania właściwego zestawu danych identyfikacyjnych płatnika składek znajdziesz w [poradniku *Ogólne zasady wypełniania i korygowania dokumentów ubezpieczeniowych* \[PDF, 11,4 MB\]](#).

- ➔ **W polu 01** – wpisz numer NIP (Numer Identyfikacji Podatkowej) nadany płatnikowi przez urząd skarbowy, nie oddzielając kreskami poszczególnych członów.
- ➔ **W polu 02** – wpisz numer REGON nadany płatnikowi przez Główny Urząd Statystyczny i ewidencjonowany w krajowym rejestrze urzędowym podmiotów gospodarki narodowej (numer ten może mieć 9 lub 14 znaków; wpisz go wraz z występującymi „0”).
- ➔ **Pola 03–05** – wypełniasz, jeśli jesteś płatnikiem składek będącym osobą fizyczną:
 - ➔ **w polu 03** – wpisz numer PESEL (numer ewidencyjny nadany przez Rządowe Centrum Informatyczne Powszechnego Elektronicznego Systemu Ewidencji Ludności);
 - polu 04 i 05** – wypełniasz wyłącznie w sytuacji, gdy nie nadano Ci numerów NIP, REGON lub PESEL albo jednego z nich:
 - ➔ **w polu 04** – w zależności od rodzaju dokumentu wpisz:
 - 1 – w przypadku dowodu osobistego,
 - 2 – w przypadku paszportu lub innego dokumentu potwierdzającego tożsamość,
 - ➔ **w polu 05** – wpisz serię i numer – odpowiednio do kodu wpisanego w pole 04 – dowodu osobistego, paszportu lub innego dokumentu potwierdzającego tożsamość.
- ➔ **W polu 06** – wpisz nazwę skróconą płatnika, która została podana w zgłoszeniu płatnika składek lub we wniosku CEIDG-1.
- ➔ **Pola 07–09** – wypełniasz, jeśli jesteś płatnikiem składek będącym osobą fizyczną:
 - ➔ **w polu 07** – wpisz nazwisko płatnika składek (poszczególne człony nazwiska oddziel kreską),
 - ➔ **w polu 08** – wpisz pierwsze imię płatnika składek,
 - ➔ **w polu 09** – wpisz datę urodzenia płatnika składek (dzień / miesiąc / rok).

II. DANE IDENTYFIKACYJNE PŁATNIKA SKŁADEK	
01. Numer NIP (wpisać bez kresek)	02. Numer REGON
1 2 3 4 5 6 7 8 9 0	1 1 1 1 1 1 1 1 1 1
03. Numer PESEL ¹⁾	04. Rodzaj dokumentu: jeśli dowód osobisty, wpisać 1, jeśli paszport - 2
2 2 2 2 2 2 2 2 2 2	05. Seria i numer dokumentu
06. Nazwa skrócona	
07. Nazwisko	
K O W A L S K I	
08. Imię pierwsze	09. Data urodzenia (dd / mm / rrrr)
J A N	1 1 1 1 1 9 8 0

III. DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY UBEZPIECZONEJ

Zgłoszenie danych o członkach rodziny identyfikowane jest w ZUS z kontem ubezpieczonego, którego płatnik składek zgłosił do ubezpieczeń na formularzu ZUS ZUA lub ZUS ZZA. Dlatego ważne jest, abyś podał w bloku III prawidłowe dane identyfikacyjne ubezpieczonego.

- ➔ **W polu 01** – wpisz numer PESEL osoby zgłaszanej do ubezpieczeń nadany przez Rządowe Centrum Informatyczne Powszechnego Elektronicznego Systemu Ewidencji Ludności.
- ➔ **Pola 02** – nie wypełnia się.
- ➔ **Pola 03 i 04** – wypełniasz wyłącznie, jeśli osoba zgłaszana / zgłoszona nie posiada numeru identyfikacyjnego PESEL:
 - ➔ **w polu 03** – w zależności od rodzaju dokumentu wpisz:
 - 1 – w przypadku dowodu osobistego,
 - 2 – w przypadku paszportu lub innego dokumentu potwierdzającego tożsamość,
 - ➔ **w polu 04** – wpisz serię i numer – odpowiednio do kodu wpisanego w polu 03 – dowodu osobistego, paszportu lub innego dokumentu potwierdzającego tożsamość.
- ➔ **W polu 05** – wpisz nazwisko osoby zgłaszanej / zgłoszonej do ubezpieczeń (poszczególne człony nazwiska oddziel kreską).
- ➔ **W polu 06** – wpisz pierwsze imię osoby zgłaszanej / zgłoszonej do ubezpieczeń.
- ➔ **W polu 07** – wpisz datę urodzenia osoby zgłaszanej / zgłoszonej do ubezpieczeń (dzień / miesiąc / rok).

III. DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY UBEZPIECZONEJ	
01. Numer PESEL ¹⁾	02.
1 1 1 1 1 1 1 1 1 1	
03. Rodzaj dokumentu (wypełnić jak pole II.04)	04. Seria i numer dokumentu
05. Nazwisko	
N O W A K	
06. Imię pierwsze	07. Data urodzenia (dd / mm / rrrr)
A N N A	1 1 1 1 1 9 7 1

IV.A (V.A.) DANE O CZŁONKU RODZINY OSOBY UBEZPIECZONEJ UPRAWNIONYM DO ŚWIADCZEŃ Z UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO

W blokach IV i V podajesz dane członków rodziny ubezpieczonego.



WAŻNE

Jeżeli osoba ubezpieczona zgłasza więcej niż 2 członków rodziny, wypełnij dodatkowy formularz ZUS ZCNA.

- ➔ **W polu 01** – wpisz:
 - ➔ **1** – jeśli zgłaszasz członka rodziny uprawnionego do świadczeń z ubezpieczenia zdrowotnego,
 - ➔ **2** – jeśli członek rodziny utracił uprawnienia do świadczeń z ubezpieczenia zdrowotnego.
- ➔ **W polu 02** – wpisz datę odpowiednio do wypełnionego pola 01:
 - ➔ **uzyskania** uprawnień do ubezpieczenia zdrowotnego przez członka rodziny (dzień / miesiąc / rok) lub
 - ➔ **utraty** uprawnień do ubezpieczenia zdrowotnego przez członka rodziny (dzień / miesiąc / rok).
- ➔ **W polu 03** – wpisz numer PESEL (numer ewidencyjny nadawany przez Rządowe Centrum Informatyczne Powszechnego Elektronicznego Systemu Ewidencji Ludności) członka rodziny ubezpieczonego.


WAŻNE

Zasady dotyczące konieczności podawania numeru PESEL są takie same w odniesieniu do członków rodziny osoby ubezpieczonej, jak do osoby ubezpieczonej.

- ➔ **Pola 04** – nie wypełnia się.
- ➔ **Pola 05 i 06** – wypełniasz wyłącznie, jeśli członek rodziny osoby ubezpieczonej nie posiada numeru identyfikacyjnego PESEL, a posiada dowód osobisty lub paszport:
 - ➔ **w polu 05** – w zależności od rodzaju dokumentu wpisz:
 - 1** – w przypadku dowodu osobistego,
 - 2** – w przypadku paszportu lub innego dokumentu potwierdzającego tożsamość,
 - ➔ **w polu 06** – wpisz serię i numer dowodu osobistego, paszportu lub innego dokumentu potwierdzającego tożsamość.
- ➔ **W polu 07** – wpisz nazwisko członka rodziny osoby ubezpieczonej (poszczególne człony nazwiska oddziel kreską).
- ➔ **W polu 08** – wpisz pierwsze imię członka rodziny osoby ubezpieczonej.
- ➔ **W polu 09** – wpisz datę urodzenia członka rodziny osoby ubezpieczonej (dzień / miesiąc / rok).
- ➔ **W polu 10** – wpisz dwuznakowy kod stopnia pokrewieństwa / powinowactwa (zgodnie z [poradnikiem Ogólne zasady wypełniania i korygowania dokumentów ubezpieczeniowych \[PDF, 11,4 MB\]](#)).
- ➔ **W polu 11** – wpisz „X”, jeśli osoba zgłaszana do ubezpieczenia zdrowotnego pozostaje z osobą ubezpieczoną we wspólnym gospodarstwie domowym.
- ➔ **W polu 12** – wpisz jednoznakowy kod stopnia niepełnosprawności (zgodnie z [poradnikiem Ogólne zasady wypełniania i korygowania dokumentów ubezpieczeniowych \[PDF, 11,4 MB\]](#)).

Dla członka rodziny, który nie posiada orzeczenia o stopniu niepełnosprawności, wpisujesz „0”.

IV. A. DANE O CZŁONKU RODZINY OSOBY UBEZPIECZONEJ UPRAWNIONYM DO ŚWIADCZEŃ Z UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO											
01. Zgłoszenie nowego członka rodziny (wpisać - 1) / wyrejestrowanie członka rodziny (wpisać - 2)				02. Data uzyskania / utraty uprawnień do ubezpieczenia zdrowotnego przez członka rodziny (dd / mm / rrrr)							
03. Numer PESEL ¹⁾				04. Numer NIP (wpisać bez kresek) ²⁾				05. Rodzaj dokumentu (wypełnić jak pole II.04)			
06. Seria i numer dokumentu											
07. Nazwisko											
08. Imię pierwsze											
09. Data urodzenia (dd / mm / rrrr)											
10. Kod stopnia pokrewieństwa / powinowactwa				11. Czy pozostaje we wspólnym gospodarstwie domowym z osobą ubezpieczoną? Jeśli TAK, wpisać X.							
12. Kod stopnia niepełnosprawności											

IV.B. (V.B.) ADRES ZAMIESZKANIA

Ten blok wypełniasz, jeśli adres zamieszkania członka rodziny jest inny niż adres ubezpieczonego. W tym bloku podajesz adres zamieszkania członka rodziny.

- ➔ **W polu 01** – wpisz kod pocztowy. W przypadku adresu zagranicznego nie wypełniaj pola (pozostaw puste).
- ➔ **W polu 02** – wpisz miejscowość zamieszkania.
- ➔ **W polu 03** – wpisz nazwę gminy lub dzielnicy. W przypadku adresu zagranicznego nie musisz wypełniać pola (możesz pozostawić puste).
- ➔ **W polu 04** – wpisz nazwę ulicy. Jeżeli w adresie nie występuje nazwa ulicy, nie wypełniaj pola (pozostaw puste).
- ➔ **W polu 05** – wpisz numer domu. Jeżeli numer domu jest łamany, wpisz go, oddzielając numery pochyłą kreską (ukośnikiem), np. 113/115, a gdy w numerze występuje litera, wpisz wielką literę drukowaną, np. 113B, bez żadnej przerwy.
- ➔ **W polu 06** – wpisz numer lokalu. Jeżeli w adresie nie występuje numer lokalu, nie wypełniaj pola (pozostaw puste).
- ➔ **W polu 07** – wpisz numer telefonu, poprzedzając go numerem kierunkowym, np. 22 222 11 33. Jeżeli osoba zgłaszana nie posiada telefonu, nie wypełniaj pola (pozostaw puste).
- ➔ **Pole 08** – wypełnij, jeśli adres osoby zgłaszanej do ubezpieczenia / ubezpieczonej jest inny niż polski. W polu 08 wpisz dwuliterowy symbol państwa (zgodnie z [poradnikiem Ogólne zasady wypełniania i korygowania dokumentów ubezpieczeniowych \[PDF, 11,4 MB\]](#)). oraz zagraniczny kod pocztowy. W przypadku adresu polskiego nie wypełniaj pola (pozostaw puste).



WAŻNE

Pola 01 i 08 nie mogą być wypełnione łącznie.

IV. B. ADRES ZAMIESZKANIA (wpisać, jeśli adres zamieszkania jest inny niż adres zamieszkania ubezpieczonego)

01. Kod pocztowy	02. Miejscowość
0 2 - 0 0 0	W A R S Z A W A
03. Gmina / Dzielnica	
C E N T R U M	
04. Ulica	
N A P O L E O N A	
05. Numer domu	06. Numer lokalu
2	
07. Numer telefonu	08. Symbol państwa - zagraniczny kod pocztowy (wypełnić w przypadku, gdy adres jest inny niż polski)

VI. OŚWIADCZENIE PŁATNIKA SKŁADEK

- ➔ **W polu 01** – wpisz datę wypełnienia formularza (dzień / miesiąc / rok).
- ➔ **W polu 02** – dla potwierdzenia wiarygodności danych składasz podpis jako płatnik składek albo składa go osoba, którą upoważniłeś.
- ➔ **W polu 03** – przystaw swoją pieczęć jako płatnik składek (jeśli ją posiadasz).

VII. OŚWIADCZENIE OSOBY UBEZPIECZONEJ

W polu 01 – osoba ubezpieczona własnoręcznym podpisem potwierdza zgodność danych zawartych w formularzu ze stanem faktycznym.

JAK SKORYGOWAĆ ZGŁOSZENIE ZUS ZCNA?

- ➔ W przypadku korekty danych identyfikacyjnych płatnika składek, podanych w bloku II dokumentu zgłoszenia danych o członkach rodziny dla celów ubezpieczenia zdrowotnego ZUS ZCNA – złóż poprawnie wypełniony dokument zgłoszenia.
- ➔ W przypadku korekty danych identyfikacyjnych ubezpieczonego – podanych w bloku III dokumentu zgłoszenia danych o członkach rodziny ZUS ZCNA – złóż poprawnie wypełniony dokument zgłoszenia.
- ➔ W przypadku korekty danych identyfikacyjnych lub innych danych dotyczących członka rodziny ubezpieczonego zgłoszonego do ubezpieczenia zdrowotnego – wypełnij dokument ZUS ZCNA w następujący sposób:
 - ➔ w bloku II „Dane identyfikacyjne płatnika składek” – wpisz dane płatnika,
 - ➔ w bloku III „Dane identyfikacyjne osoby ubezpieczonej” – wpisz dane ubezpieczonego,
 - ➔ w bloku IV „Dane o członku rodziny osoby ubezpieczonej uprawnionym do świadczeń z ubezpieczenia zdrowotnego” w polu 01 wpisz „2” (tj. wyrejestrowanie członka rodziny), a w dalszych polach wpisz wszystkie dane podane w nieprawidłowym zgłoszeniu,
 - ➔ w bloku V „Dane o członku rodziny osoby ubezpieczonej uprawnionym do świadczeń z ubezpieczenia zdrowotnego” w polu 01 wpisz „1” (tj. zgłoszenie nowego członka rodziny), a w dalszych polach wpisz prawidłowe dane członka rodziny,
 - ➔ w bloku VI „Oświadczenie płatnika składek” – wpisz datę wypełnienia dokumentu oraz złóż podpis; w następnym bloku – „Oświadczenie osoby ubezpieczonej” – podpis składa ubezpieczony.



WAŻNE

Gdy korygujesz dane przekazane w zgłoszeniu danych o członkach rodziny, których adres zamieszkania jest zgodny z adresem zamieszkania ubezpieczonego, dla celów ubezpieczenia zdrowotnego ZUS ZCZA, jesteś zobowiązany wypełnić dokument o symbolu ZUS ZCNA.



PRZYKŁAD

Korekta błędnie wpisanego nazwiska członka rodziny ubezpieczonego na dokumencie ZUS ZCNA – Nowal. Poprawne nazwisko członka rodziny osoby ubezpieczonej powinno brzmieć – Nowak.

PLATNIK WYPEŁNIA POLA W WYZNACZONYCH KRATKACH KOMPUTEROWO, NA MASZYNIE LUB RĘCZNIE
DUŻYMI Drukowanymi literami, CZARNYM LUB NIEBIESKIM KOLOREM.

ZAKŁAD UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH	ZUS ZCNA	strona: 1	ZGŁOSZENIE DANYCH O CZŁONKACH RODZINY DLA CELÓW UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO
-----------------------------------	----------	-----------	--

I. DANE ORGANIZACYJNE

01. Data nadania (dd / mm / rrrr)

02. Nalepka „R”

II. DANE IDENTYFIKACYJNE PLATNIKA SKŁADEK

01. Numer NIP (wpisać bez kresek)

02. Numer REGON

1 2 3 4 5 6 7 8 9 0

1 1 1 1 1 1 1 1 1 1

03. Numer PESEL¹⁾

04. Rodzaj dokumentu:

05. Seria i numer dokumentu

2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2

jeśli dowód osobisty, wpisać 1,
jeśli paszport - 2

06. Nazwa skrócona

07. Nazwisko

K O W A L S K I

08. Imię pierwsze

J A N

09. Data urodzenia (dd / mm / rrrr)

1 1 1 1 1 9 8 0

III. DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY UBEZPIECZONEJ

01. Numer PESEL¹⁾

02.

03. Rodzaj dokumentu

(wypełnić jak pole II.04)

1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1

05. Nazwisko

N O W A K

06. Imię pierwsze

A N N A

07. Data urodzenia (dd / mm / rrrr)

1 1 1 1 1 9 7 1

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

01. Zgłoszenie nowego członka rodziny (wpisać - 1) /

wyrejestrowanie członka rodziny (wpisać - 2)

0 1 1 1 2 0 1 3

02. Data uzyskania / utraty uprawnień do ubezpieczenia

zdrowotnego przez członka rodziny (dd / mm / rrrr)

03. Numer PESEL¹⁾04. Numer NIP (wpisać bez kresek)²⁾

05. Rodzaj dokumentu

(wypełnić jak pole II.04)

9 0 0 8 0 1 0 0 0 0 0 0

07. Nazwisko

N O W A L

08. Imię pierwsze

M A R I A

09. Data urodzenia (dd / mm / rrrr)

0 1 0 8 1 9 9 0

1 1

10. Kod stopnia pokrewieństwa / powinowactwa

X

11. Czy pozostaje we wspólnym gospodarstwie
domowym z osobą ubezpieczoną? Jeśli TAK, wpisać X.

0

12. Kod stopnia niepełnosprawności

IV. B. ADRES ZAMIESZKANIA (wpisać, jeśli adres zamieszkania jest inny niż adres zamieszkania ubezpieczonego)

01. Kod pocztowy

02. Miejscowość

03. Gmina / Dzielnica

04. Ulica

05. Numer domu

06. Numer lokalu

07. Numer telefonu

08. Symbol państwa - zagraniczny kod pocztowy (wypełnić w przypadku, gdy
adres jest inny niż polski)

PLATNIK WYPEŁNIA POLA W WYZNACZONYCH KRATKACH KOMPUTEROWO, NA MASZYNIE LUB RĘCZNIE
DUŻYMI DRUKOWANYMI LITERAMI, CZARNYM LUB NIEBIESKIM KOLOREM.

ZAKŁAD UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH	ZUS ZCNA	strona: 2	ZGŁOSZENIE DANYCH O CZŁONKACH RODZINY DLA CELÓW UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO
-----------------------------------	----------	-----------	--

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

01. Zgłoszenie nowego członka rodziny (wpisać - 1) / wyrejestrowanie członka rodziny (wpisać - 2)	0 1 1 1 2 0 1 3	02. Data uzyskania / utraty uprawnień do ubezpieczenia zdrowotnego przez członka rodziny (dd / mm / rrrr)
03. Numer PESEL ¹⁾	9 0 0 8 0 1 0 0 0 0 0	04. Numer NIP (wpisać bez kresek) ²⁾
05. Rodzaj dokumentu (wypełnić jak pole II.04)		06. Seria i numer dokumentu
07. Nazwisko	N O W A K	08. Imię pierwsze
09. Data urodzenia (dd / mm / rrrr)	0 1 0 8 1 9 9 0	
10. Kod stopnia pokrewieństwa / powinowactwa	1 1	11. Czy pozostaje we wspólnym gospodarstwie domowym z osobą ubezpieczoną? Jeśli TAK, wpisać X.
12. Kod stopnia niepełnosprawności	0	

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

V. B. ADRES ZAMIESZKANIA (wpisać, jeśli adres zamieszkania jest inny niż adres zamieszkania ubezpieczonego)

01. Kod pocztowy	02. Miejscowość
03. Gmina / Dzielnica	
04. Ulica	
05. Numer domu	06. Numer lokalu
07. Numer telefonu	08. Symbol państwa - zagraniczny kod pocztowy (wypełnić w przypadku, gdy adres jest inny niż polski)

VI. OŚWIADCZENIE PŁATNIKA SKŁADEK

01. Data wypełnienia (dd / mm / rrrr)

0 6 1 1 2 0 1 3

Oświadczam, że dane zawarte w formularzu
są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym.
Jestem świadomy(-ma) odpowiedzialności karnej
za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy.

02. Podpis płatnika lub osoby upoważnionej

Jan Kowalski

03. Pieczęć płatnika

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.

01. Podpis osoby ubezpieczonej

Anna Nowak

VIII. ADNOTACJE ZUS



ZAKŁAD
UBEZPIECZEŃ
SPOŁECZNYCH

www.zus.pl



PLATFORMA USŁUG
ELEKTRONICZNYCH



załatwiał
sprawy w ZUS
przez internet



elektronicznie
wysyłaj wnioski
i odbieraj odpowiedzi



sprawdź stan
swojego konta
w ZUS

■ **Centrum Obsługi Telefonicznej ZUS:**

- **22 560-16-00** dla tel. komórkowych i stacjonarnych
koszt połączenia według umowy klienta z operatorem telekomunikacyjnym
- e-mail: **cot@zus.pl**

■ **E-wizyta** (wideorozmowa z pracownikiem ZUS): **www.zus.pl/e-wizyta**