

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

PLATNIK WYPEŁNIA POLA W WYZNACZONYCH KRATKACH KOMPUTEROWO, NA MASZYNNIE 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

03. Numer PESEL¹⁾ 04. Rodzaj dokumentu: jeśli dowód osobisty, wpisać 1, jeśli paszport - 2

05. Seria i numer dokumentu

06. Nazwa skrócona

07. Nazwisko

08. Imię pierwsze 09. Data urodzenia (dd / mm / rrrr)

01. Numer PESEL¹⁾ 02. Rodzaj dokumentu 03. Seria i numer dokumentu

04. Seria i numer dokumentu

05. Nazwisko

06. Imię pierwsze 07. Data urodzenia (dd / mm / rrrr)

08. Imię pierwsze

09. Data urodzenia (dd / mm / rrrr)

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 PESEL¹⁾ 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

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)

II. DANE IDENTYFIKACYJNE
PLATNIKA SKŁADEKIII. DANE IDENTYFIKACYJNE
OSOBY UBEZPIECZONEJIV. DANE O CZŁONKU RODZINY OSOBY UBEZPIECZONEJ
UPRAWNIANYM DO ŚWIADCZEŃ Z UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO

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. 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	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. Pieczęćka 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 1	03. Rodzaj dokumentu (wypełnić jak pole II.04)
05. Nazwisko	04. Seria i numer dokumentu
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
 - **utruty** 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																	
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)			
9	0	0	8	0	1	0	0	0	0	0	0						
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)			
N O W A K												M A R I A		0 1 0 8 1 9 9 0			
1	1	10. Kod stopnia pokrewieństwa / powinowactwa										<input checked="" type="checkbox"/>	11. Czy pozostaje we wspólnym gospodarstwie domowym z osobą ubezpieczoną? Jeśli TAK, wpisać X.				
0	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: 02-0000

02. Miejscowość: WARSZAWA

03. Gmina / Dzielnica: CENTRUM

04. Ulica: NAPOLEONA

05. Numer domu: 2

06. Numer lokalu:

07. Numer telefonu:

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

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

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 pieczętkę 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 ZCNA, 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

03. Numer PESEL¹⁾

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

05. Seria i numer dokumentu

06. Nazwa skrócona

07. Nazwisko

08. Imię pierwsze

09. Data urodzenia (dd / mm / rrrr)

III. DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY UBEZPIECZONEJ

01. Numer PESEL¹⁾

02.

03. Rodzaj dokumentu

(wypełnić jak pole II.04)

04. Seria i numer dokumentu

05. Nazwisko

06. Imię pierwsze

07. Data urodzenia (dd / mm / rrrr)

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 PESEL¹⁾

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. 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)
II. DANE IDENTYFIKACYJNE
PLATNIKA SKŁADEKIII. DANE
IDENTYFIKACYJNE
OSOBY UBEZPIECZONEJIV. DANE O CZŁONKU RODZINY OSOBY UBEZPIECZONEJ
UPRAWNIONYM DO ŚWIADCZEŃ Z UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO

PLATNIK WYPEŁNIA POLA W WYZNACZONYCH KRATKACH KOMPUTEROWO, NA MASZYNE 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)

02. Data uzyskania / utraty uprawnień do ubezpieczenia
zdrowotnego przez członka rodziny (dd / mm / rrrr)

03. Numer PESEL¹⁾

04. Numer NIP (wpisać bez kresek²⁾)

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

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 PLATNIKA SKŁADEK

01. Data wypełnienia (dd / mm / rrrr)

06 11 20 13

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. Pieczęćka 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

ZUS

ZAKŁAD
UBEZPIECZEŃ
SPOŁECZNYCH

www.zus.pl

POE

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