

# 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](http://WWW.ZUS.PL)



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

**ZUS**

ZAKŁAD  
UBEZPIECZEŃ  
SPOŁECZNYCH

PLATNIK WYPEŁNIA POLA W WYŻAGZONZYM KRATKACH KOMPJTEROWO, NA MASZYNE LUB RÓZNEIE  
DUŻYM LITRAMI, CZARNYM LUB NIEBISKIM KOLEREM.

ZAKAD UBEZPIECZENIA SPOŁECZNYCH	ZUS	ZCNA	strona: 1
---------------------------------	-----	------	-----------

**I. DANE ORGANIZACYJNE**

01. Data nadania (dd / mm / rrrr)

02. Nalepka „R”

**II. DANE IDENTYFIKACYJNE PLATNIKA SKLADK**

01. Numer NIP (wpisać bez kresek)

02. Numer REGON

03. Numer PESEL (1)

04. Rodzaj dokumentu: jeśli dowód osoby, 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 PESEL (1)

02. Rodzaj dokumentu (wypełnić jak pole II.04)

03. Rodzaj dokumentu

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) / wyjeżdżanie 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. 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)

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

III. DANE  
IDENTYFIKACYJNE  
OSOBY UBEZPIECZONEJ

II. DANE IDENTYFIKACYJNE  
PLATNIKA SKLADK

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

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 PESEL<sup>1)</sup>

04. Numer NIP (wpisać bez kresek)<sup>2)</sup>

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 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**

<sup>1)</sup> Numer PESEL podaje się, o ile został nadany.

<sup>2)</sup> 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 zgłosić 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
03. Numer PESEL <sup>1)</sup>	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 <sup>1)</sup>	02.
1 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											
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 / rrr)				
03. Numer PESEL <sup>1)</sup>			9 0 0 8 0 1 0 0 0 0 0			04. Numer NIP (wpisać bez kreski) <sup>2)</sup>			05. Rodzaj dokumentu (wypełnić jak pole II.04)		
06. Seria i numer dokumentu											
07. Nazwisko											
N O W A K											
08. Imię pierwsze											
M A R I A											
09. Data urodzenia (dd / mm / rrr)					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.					<input checked="" type="checkbox"/>						
12. Kod stopnia niepełnosprawności					0						



## 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

02 000      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 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 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, CZARNYM LUB NIEBIESKIM KOLOREM. DUŻYMI DRUKOWANYMI LITERAMI, CZARNYM LUB NIEBIESKIM KOLOREM.

ZAKŁAD UBEZPIECZEN SPÓŁCZNYCH	ZUS	ZCNA	strona: 1
-------------------------------	-----	------	-----------

I. DANE ORGANIZACYJNE

01. Data nadania (dd / mm / rrrr) \_\_\_\_\_

02. Nalepka „R” \_\_\_\_\_

II. DANE IDENTYFIKACYJNE PLATNIKA SKŁADEK

01. Numer NIP (wisać bez kresek) 1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 \_\_\_\_\_

02. Numer REGON 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 \_\_\_\_\_

03. Numer PESEL<sup>1)</sup> 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 \_\_\_\_\_

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

05. Seria i numer dokumentu \_\_\_\_\_

06. Nazwa skrócona \_\_\_\_\_

07. Nazwisko KOWAŁSKI \_\_\_\_\_

08. Imię pierwsze JAN \_\_\_\_\_

III. DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY UBEZPIECZONEJ

01. Numer PESEL<sup>1)</sup> 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 \_\_\_\_\_

02. \_\_\_\_\_

03. Rodzaj dokumentu \_\_\_\_\_

04. Seria i numer dokumentu \_\_\_\_\_

05. Nazwisko NOWAK \_\_\_\_\_

06. Imię pierwsze ANNA \_\_\_\_\_

07. Data urodzenia (dd / mm / rrrr) 1 1 1 1 1 1 1 9 7 1 \_\_\_\_\_

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

01. Zgłoszenie nowego członka rodziny (wpisać - 1) /  2  3  4  5  6  7  8  9  0

02. \_\_\_\_\_

03. Numer PESEL<sup>1)</sup> 9 0 0 8 0 1 0 0 0 0 0 \_\_\_\_\_

04. Numer NIP (wisać bez kresek)<sup>2)</sup> \_\_\_\_\_

05. Rodzaj dokumentu \_\_\_\_\_

06. Seria i numer dokumentu \_\_\_\_\_

07. Nazwisko NOWAL \_\_\_\_\_

08. Imię pierwsze MARIJA \_\_\_\_\_

09. Data urodzenia (dd / mm / rrrr) 0 1 0 8 1 9 9 0 \_\_\_\_\_

10. Kod stopnia pokrewieństwa / powinowactwa  1  2  3  4  5  6  7

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

IV. 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) \_\_\_\_\_

I. DANE ORGANIZACYJNE  
II. DANE IDENTYFIKACYJNE PLATNIKA SKŁADEK  
III. DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY UBEZPIECZONEJ  
IV. DANE O CZŁONKU RODZINY UPRAWNIONYM DO ŚWIADCZEŃ Z UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO  
V. ADRES ZAMIESZKANIA (wpisać, jeśli adres zamieszkania jest inny niż adres zamieszkania ubezpieczonego)

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) / wysyłanie nowego 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 <sup>1)</sup> 9 0 0 8 0 1 0 0 0 0 0 0

04. Numer NIP (wpisać bez kresek) <sup>2)</sup>

05. Rodzaj dokumentu (wypełnić jak pole II.04)

06. Seria i numer dokumentu

07. Nazwisko  
N O W A K

08. Imię ubezpieczonego  
M A R I A

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

01. Kod pocztowy 0 6 1 1 2 0 1 3

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) 0 6 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**

# 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](mailto:cot@zus.pl)

## ■ E-wizyta (wideorozmowa z pracownikiem ZUS): [www.zus.pl/e-wizyta](http://www.zus.pl/e-wizyta)