

ZUS ZCNA

Предоставление данных о членах семьи
для целей медицинского страхования



Как заполнить и поправить



ZAKŁAD
UBEZPIECZEŃ
SPOŁECZNYCH

ZUS ZCNA

Отчетность по данным о членах семьи для целей медицинская страховка

Как заполнить и поправить

Гид

для плательщиков
ВЗНОСЫ

WWW.ZUS.PL



Учреждение социального страхования
ul. Шамоцкая 3, 5
01-748 Варшава

PLATNIK WYPEŁNIA POLA W WYZNACZONYCH KRATKACH KOMPUTEROWO, NA MASZYJNIE 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⁾

05. Seria i numer dokumentu

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

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)

05. Rodzaj dokumentu

(wypełnić jak pole II.04)

06. Seria i numer dokumentu

03. Numer PESEL¹⁾

04. Numer NIP (wpisać bez kresek)²⁾

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

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)

02112013

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
Ян Ковальський
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
Анна Новак

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.

ЧТО ТАКОЕ ДОКУМЕНТ ZUS ZCNA?

Форма ZUS ZCNA предназначена для:

предоставление данных о члене семьи для целей медицинского страхования,
уведомление об утрате права на медицинское страхование членом семьи, ранее
указанном в форме ZUS ZCNA или ZUS ZCZA (используется до июня 2008 года),
изменение / исправление данных о члене семьи, указанном в форме ZUS ZCNA или ZUS ZCZA -
для этого заполняется блок IV, в котором член семьи снимается с регистрации с устаревшими /
неверными данными, и блок V, в котором член семьи с текущие / правильные данные - это
отчетные данные.



ВОСПОМИНАНИ Под членом семьи следует понимать следующих лиц, не охваченных

медицинским страхованием по разным причинам:

собственный ребенок, ребенок супруга, приемный ребенок, внук или ребенок-иностранец, в
отношении которого установлена опека, или ребенок-иностранец в составе приемной семьи
или семейного детского дома до 18 лет, и если они продолжают учиться в школе, подготовка
учителей учреждение, университет или докторская школа - до 26 лет, и если оно имеет справку
о значительной инвалидности или других состояниях, рассматриваемых в равной степени -
без возрастных ограничений,

супруг,

родственники по восходящей линии, проживающие в одном доме с застрахованным
лицом. С 01.01.2013 внук может быть оформлен на медицинское страхование бабушкой и
дедушкой только в том случае, если ни один из родителей не застрахован на случай
болезни в соответствии со ст. 66 сек. 1 Закона об услугах здравоохранения, финансируемых
из государственных средств, не является лицом, имеющим право на получение пособий на
основании положений о координации работы или самозанятости или добровольного
страхования.

В соответствии с вышеупомянутым Законом о человеке может быть заявлено как о
члене семьи, если он или она не подлежат обязательному медицинскому страхованию
на другой основе (с учетом статьи 66 (2) Закона). Например, она взяла устроился на
работу на основании трудового или поручения, получил статус безработного, начал
заниматься несельскохозяйственной предпринимательской деятельностью, утратил
статус члена семьи. Следовательно, плательщик должен отменить регистрацию члена
семьи, а затем, после прекращения его / ее права на страхование, перерегистрировать
члена семьи при условии, что требуемые законодательные условия для такого
уведомления все еще выполняются.



ВАЖНЫЙ Общие правила оформления страховых документов, а также сроки и формы
их подачи можно найти в справочнике. *Общие правила заполнения и исправления
страховых документов (PDF, 11,4 МБ).*

Образец правильно заполненного документа заявки ZUS ZCNA представлен на страницах
2 и 3.

КАК ЗАПОЛНИТЬ ДОКУМЕНТ ZUS ZCNA?

Ниже представлены правила правильного заполнения анкеты данных о членах семьи для целей медицинского страхования ZUS ZCNA:

I. ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ ДАННЫЕ

Блок I - не засыпается.

Поля 01 и 02 - не засыпается.

II. ИДЕНТИФИКАЦИОННЫЕ ДАННЫЕ ПЛАТЕЛЯ ВЗНОСА

Заполните этот блок с особой тщательностью, указав данные, указанные в декларации плательщика взноса ZUS ZPA, ZUS ZFA или в заявке CEIDG-1, а в случае изменения / исправления идентификационных данных плательщика взноса - данные, представленные в разделе III документа ZUS ZIPA или заявке CEIDG-1.



ВАЖНЫЙ Правила предоставления правильного набора идентификационных данных плательщика взноса можно найти в руководстве. *Общие правила заполнения и исправления страховых документов* на (PDF, 11,4 МБ).

В ящике 01- ввести номер NIP (Tax Identification Number), присвоенный плательщику налоговой инспекцией, не разделяя отдельные элементы тире.

В ящике 02 - введите номер REGON, присвоенный плательщику Центральным статистическим управлением и внесенный в государственный официальный регистр субъектов народного хозяйства (этот номер может состоять из 9 или 14 знаков; вводите его вместе с появлением «0»).

Поля 03–05 - если вы плательщик взносов - физическое лицо, заполняете:

в коробке 03- ввести номер PESEL (регистрационный номер, присвоенный Государственным информационным центром Универсальной электронной системы регистрации населения);

поля 04 и 05 - заполняйте только в том случае, если вам не присвоены номера NIP, REGON или PESEL либо один из них:

в коробке 04 - в зависимости от типа документа введите:

1 - в случае удостоверения личности,

2 - в случае наличия паспорта или другого документа, удостоверяющего личность гражданина Европейского Союза,

в коробке 05 - введите серию и номер - соответствующие коду, введенному в поле 04 - удостоверения личности, паспорта или другого документа, удостоверяющего личность гражданина Европейского Союза.

Колонка 06- введите сокращенное наименование плательщика, которое было указано в заявлении плательщика взноса или в заявке CEIDG-1.

Поля 07–09 - если вы плательщик взносов - физическое лицо, заполняете:

в коробке 07 - введите имя плательщика взноса (отдельные части имени отделяются тире),

в коробке 08 - введите имя плательщика взноса,

в коробке 09 - введите дату рождения плательщика взносов (число / месяц / год).

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
03. Numer PESEL ¹⁾	04. Rodzaj dokumentu: jeśli dowód osobisty, wpisać 1, jeśli paszport - 2
2 2 2 2 2 2 2 2	05. Seria i numer dokumentu
06. Nazwa skrócona	
07. Nazwisko	
КОВАЛЬСК И	
08. Imię pierwsze	09. Data urodzenia (dd / mm / rrrr)
ЯНВАРЬ	1 1 1 1 1 9 8 0

III. ID ДАННЫЕ АКТИФИКАЦИЯ ЗАСТРАХОВАННОГО ЛИЦА

Отчетные данные о членах семьи идентифицируются в ZUS со счетом застрахованного лица, плательщик взносов которого предоставил для страхования на бланке ZUS ZUA или ZUS ZZA. Поэтому важно, чтобы вы указали правильные идентификационные данные застрахованного в Разделе III.

В ящике 01 - введите номер PESEL лица, заявленного на страхование, выданное Государственным информационным центром Универсальной электронной системы регистрации населения.

Поля 02 - не засыпается.

Поля 03 и 04 - заполняйте только в том случае, если заявленное лицо не имеет идентификационного номера PESEL:

в коробке 03 - в зависимости от типа документа введите:

1 - в случае удостоверения личности,

2 - в случае наличия паспорта или другого документа, удостоверяющего личность гражданина Европейского Союза,

в коробке 04 - введите серию и номер - соответствующие коду, введенному в поле 03 - удостоверения личности, паспорта или другого документа, удостоверяющего личность гражданина Европейского Союза.

В ящике 05 - введите фамилию лица, заявленного / зарегистрированного на страхование (отдельные части имени отделяются тире).

В ящике 06 - введите имя человека, заявленного на страхование.

В ящике 07 - введите дату рождения заявленного / уведомленного лица на страхование (день / месяц / год).

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

IV.A (VA) ДАННЫЕ О ЧЛЕНЕ СЕМЬИ ЗАСТРАХОВАННОГО ЛИЦА, ИМЕЮЩЕГО ПРАВО НА ЛЬГОТЫ ОТ СТРАХОВАНИЯ ЗДОРОВЬЯ

В блоках IV и V вы предоставляете данные о членах семьи застрахованного.



ВАЖНЫЙ Если застрахованное лицо сообщает о более чем 2 членах семьи, заполните дополнительную форму ZUS ZCNA.

В ящике 01 - войти:

1 - если вы сообщаете члену семьи, имеющему право на получение пособия по страхованию здоровья,

2 - если член семьи потерял право на получение пособия по страхованию здоровья.

В ящике 02 - введите дату согласно заполненному полю 01:

получение право на медицинское страхование члена семьи (день / месяц / год) или

потеря право на медицинское страхование члена семьи (день / месяц / год).

В ящике 03- введите номер PESEL (регистрационный номер, выданный Государственным информационным центром Универсальной электронной системы регистрации населения) члена семьи застрахованного.



ВАЖНЫЙ Правила о необходимости предоставления номера PESEL одинаковы для членов семьи застрахованного и застрахованного лица.

Поля 04 - не засыпается.

Поля 05 и 06 - заполнять его необходимо только в том случае, если член семьи застрахованного лица не имеет идентификационного номера PESEL и имеет удостоверение личности или паспорт:

в коробке 05 - в зависимости от типа документа введите:

1 - в случае удостоверения личности,

2 - в случае наличия паспорта или другого документа, удостоверяющего личность гражданина Европейского Союза,

в коробке 06 - Введите серию и номер удостоверения личности, паспорта или другого документа, удостоверяющего личность гражданина Европейского Союза.

Поле 07- впишите фамилию члена семьи застрахованного лица (отдельные части фамилии отделяйте тире).

В ящике 08 - Введите имя члена семьи застрахованного лица.

В ящике 09 - введите дату рождения члена семьи застрахованного лица (число / месяц / год).

В коробке 10 - введите двухсимвольный код родства / родства (согласно руководству *Общие правила заполнения и исправления страховых документов* (PDF, 11,4 МБ).

В ящике 11 - введите «X», если лицо, подающее заявление на медицинское страхование, проживает с застрахованным лицом в одной семье.

В ящике 12 - введите односимвольный код степени инвалидности (согласно инструкции *Общие правила заполнения и исправления страховых документов*, который вы найдете на www.zus.pl).

Для члена семьи, не имеющего справки о инвалидности,

вы используете "0".

IV. A. DANE O CZŁONKU RODZINY OSOBY UBEZPIECZONEJ UPRAWNIONYM DO ŚWIADCZEŃ Z UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO	
1 01 11 2013	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⁾
07. Nazwisko СЕЙЧАС ЖЕ АК	05. Rodzaj dokumentu (wypełnić jak pole II.04) 06. Seria i numer dokumentu
08. Imię pierwsze МАР Я	09. Data urodzenia (dd / mm / rrrr) 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. (VB) АДРЕС РЕЗИДЕНЦИИ

Вы заполняете этот блок, если адрес проживания члена семьи отличается от адреса застрахованного лица. В этом блоке вы вводите адрес проживания члена семьи.

В ящике 01- введите почтовый индекс, в случае внешнего адреса оставьте поле пустым (оставьте его пустым).

В ящике 02 - введите место жительства.

В ящике 03 - введите название коммуны или района. В случае внешнего адреса заполнять поле не нужно (его можно оставить пустым).

В ящике 04 - введите название улицы. Если в адресе нет названия улицы, оставьте поле пустым (оставьте его пустым).

В ящике 05 - введите номер дома. Если номер дома сломан, введите его, разделяя числа косой чертой (косой чертой), например 113/115, а если номер содержит букву, введите прописную букву, например 113В, без пробелов.

В ящике 06 - введите номер квартиры. Если в адресе нет номера квартиры, не заполняйте поле (оставьте поле пустым).

В ящике 07 - введите номер телефона с кодом зоны, например, 22 222 11 33. Если у человека, о котором идет речь, нет телефона, оставьте поле пустым (оставьте его пустым).

Поле 08 - заполните, если адрес лица, заявленного для страхования / застрахованного, отличается от Польский. В поле 08 введите двухбуквенный символ страны (согласно руководству *Общие правила заполнения и исправления страховых документов* (PDF, 11,4 МБ) и иностранный код почтовый. В случае польского адреса не заполняйте поле (оставьте поле пустым).



ВАЖНЫЙ Поля 01 и 08 нельзя заполнять вместе.

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

01. Kod pocztowy 02. Miejscowość

02 000 ВАРШАВА

03. Gmina / Dzielnica

ЦЕНТР

04. Ulica

НАПОЛЕОН 2

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 UBE
UPRAWNIONYM DO ŚWIADCZEŃ Z UBEZPIE

VI. ЗАЯВЛЕНИЕ ПЛАТЕЛЯ ВЗНОСА

В ящике 01 - введите дату заполнения формы (день / месяц / год).

Поле 02- для подтверждения достоверности данных вы подписываете их как плательщик взносов или уполномоченное вами лицо.

В ящике 03 - поставить штамп плательщика взносов (если он у вас есть).

VII. ДЕКЛАРАЦИЯ ЗАСТРАХОВАННОГО ЛИЦА

В ящике 01 - застрахованное лицо своей подписью подтверждает соответствие данных, содержащихся в бланке, фактам.

КАК ИСПРАВИТЬ ЗАЯВКУ ZUS ZCNA?

В случае исправления идентификационных данных плательщика взносов, указанных в блоке II документа отчетности, данные о членах семьи для целей медицинского страхования ZUS ZCNA - подать правильно заполненную заявку.

В случае исправления идентификационных данных застрахованного - данных о членах семьи ZUS ZCNA, указанных в блоке III документа-заявления, - подайте правильно заполненный документ-заявление.

В случае исправления идентификационных данных или других данных, касающихся члена семьи застрахованного лица, заявленного на медицинское страхование, заполните документ ZUS ZCNA следующим образом:

в блоке II «Идентификационные данные плательщика взноса» - введите данные плательщика,

в блоке III «Идентификационные данные застрахованного лица» - введите данные застрахованного лица,

в блоке IV «Данные о члене семьи застрахованного лица, имеющего право на получение пособия по медицинскому страхованию», в поле 01 введите «2» (т.е. снятие с учета члена семьи), а в следующие поля введите все данные, указанные в неверной декларации. ,

в блоке V «Данные о члене семьи застрахованного лица, имеющего право на получение пособия по медицинскому страхованию», в поле 01 введите «1» (т.е. регистрация нового члена семьи), а в следующих полях введите правильные данные семьи. член,

в разделе VI «Декларация плательщика взносов» введите дату заполнения документа и подпишите его; в следующем блоке - «Декларация застрахованного» - подпись делает застрахованное лицо.



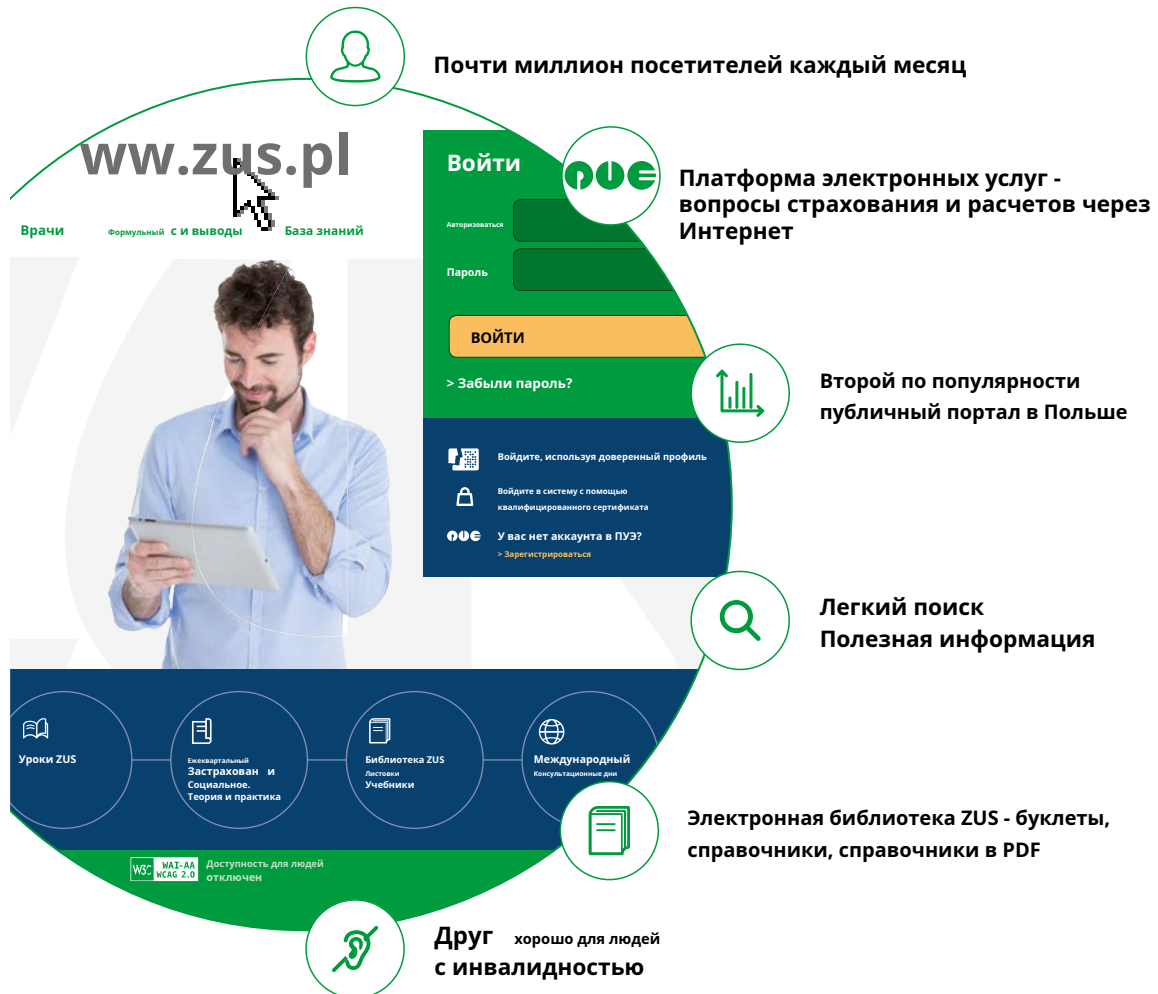
ВАЖНЫЙ Когда вы исправляете данные, указанные в заявлении, на данные о членах семьи, адрес проживания которых совпадает с адресом проживания застрахованного, для целей медицинского страхования ZUS ZCZA вам необходимо заполнить документ с символом ZUS ZCNA.



ПРИМЕР Исправление ошибочно введенной фамилии члена семьи застрахованного в документе ZUS ZCNA-Nowa!. Правильная фамилия члена семьи застрахованного должна читаться - Новак.

www.zus.pl

Ваш дирижер прозвище после социального страхования



ZUS | ZAKŁAD
UBEZPIECZEŃ
SPOŁECZNYCH

ул. Szamocka 3, 5
01-748 Варшава

???? Платформа электронных услуг: www.zus.pl

???? Информационный центр ZUS:

- ??22 560 16 00 * для мобильных и стационарных телефонов
* стоимость подключения по договору заказчика с оператором связи
- ??Skype: [zus_centrum_obsługi_tel](https://www.skype.com/name/plus/zus_centrum_obsługi_tel)
- ??электронное письмо: cot@zus.pl