

## DANE TESTOWE

## 1. DANE OGÓLNE

Numer danej testowej	FOB_DT_4_2
Nazwa danej testowej	Dane członków rodziny

## 2. SZCZEGÓŁY DANYCH TESTOWYCH

## 2.1. DANE DO IDENTYFIKACJI OSOBY W BAZIE

Lp.	Nazwa pola	Wymagane/ Opcjonalne	Wartość pola
1.	PESEL	W	80042057525
2.	Nazwisko	W	Żurawski
3.	Imię	W	Józef
Bezrobotny z prawem do zasiłku. Brak w bazie danych dotyczących członków rodziny - rejestracja danych w trakcie posiadania statusu bezrobotnego.			

## 2.2. DANE CZŁONKÓW RODZINY BEZROBOTNEGO ZGŁASZANYCH DO UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO

LP	Nazwa pola	Wymagane/ Opcjonalne	Wartość pola #1	Wartość pola #2
1.	Imię*	W	Witold	Dominika
2.	Nazwisko	W	Żurawski	Żurawska
3.	Data urodzenia	W	13.12.2004	02.02.2011
4.	Pesel osoby	W	04321371957	11220212386
5.	NIP	O	pomijane	pomijane
6.	Kod stopnia pokrewieństwa	W	Syn	Córka
7.	Rodzaj dokumentu tożsamości	O	pomijane	pomijane
	Nr dokum. tożsamości	O	pomijane	pomijane
8.	Rodzaj aktywności	W	brak	brak
9.	Stopień niepełnosprawności	O	--	--
10.	Adnotacje pracownika PUP	O	--	--
11.	Data końca ważności orzeczenia inwalidzkiego	O	--	--
12.	Data orzeczenia inwalidzkiego	O	--	--
13.	Czy zgłaszać do ubezpieczenia	W	T	T
14.	Data zgłoszenia do ubezpieczenia zdrowotnego	O	--	Data urodzenia
15.	Data wyrejestrowania z ubezpieczenia zdrowotnego	O	--	--
16.	Adres	O	pomijane	pomijane

LP	Nazwa pola	Wymagane/ Opcjonalne	Wartość pola #3
1.	Imię	W	Monika
2.	Nazwisko	W	Żurawska

3.	Data urodzenia	W	10.11.1984
4.	Pesel osoby	W	84111067824
5.	NIP	O	--
6.	Kod stopnia pokrewieństwa	W	żona
7.	Rodzaj dokumentu tożsamości	O	--
8.	Nr dokum. tożsamości	O	--
9.	Rodzaj aktywności	W	brak
10.	Stopień niepełnosprawności	O	--
11.	Adnotacje pracownika PUP	O	--
12.	Data końca ważności orzeczenia inwalidzkiego	O	--
13.	Data orzeczenia inwalidzkiego	O	--
14.	Czy zgłaszać do ubezpieczenia	W	T
15.	Data zgłoszenia do ubezsp. zdrowotnego	O	Data rejestracji w systemie
16.	Data wyrejestrowania z ubezsp. zdrowotnego	O	--
17.	Adres	O	Żelazna 15 77-100 Bytów

### 2.3. WYNIK REJESTRACJI DANYCH - UTWORZONE DOKUMENTY ZGŁOSZENIOWE DO ZUS

#1	ZCNA	zgł	<b>Data zgłoszenia</b>	Na wydruku umieszczane są dane dwóch członków rodziny (część IV i V)
#2	ZCNA	zgł	<b>Data urodzenia</b>	
#3	ZCNA	zgł	<b>Data zgłoszenia</b>	

Zakres danych umieszczanych na wydruku dokumentu zgłoszeniowego ZUS ZCNA - Zgłoszenie danych o członkach rodziny dla celów ubezpieczenia zdrowotnego

ZUS ZCNA		
<b>I. Dane organizacyjne</b>		
01	Data nadania	
<b>II. Dane identyfikacyjne Płatnika składek</b>		
01	NIP bez kresek	zgodna z bazą
02	REGON	zgodna z bazą
06	Nazwa skrócona	zgodna z bazą
<b>III. Dane identyfikacyjne osoby ubezpieczonej</b>		
01	PESEL	zgodna z bazą
02	NIP	--
03	Rodzaj dokumentu	--
04	Seria i nr dokumentu	--
05	Nazwisko	zgodna z bazą
06	Imię pierwsze	zgodna z bazą
07	Data urodzenia (dd/mm/rr)	zgodna z bazą
<b>IV.A. Dane o członku rodziny osoby ubezpieczonej uprawnionym do świadczeń z ubezpieczenia zdrowotnego.</b>		
01	Zgłoszenie/wyrejestrowanie	1
02	Data uzyskania/utraty uprawnień do ub. zdr.	Data rejestracji
03	Numer PESEL	04321371957
04	Numer NIP	--
05/06	Seria i nr dokumentu	--

07	Nazwisko	zgodna z bazą
08	Imię pierwsze	zgodna z bazą
09	Data urodzenia (dd/mm/rr)	zgodna z bazą
10	Kod stopnia pokrewieństwa	zgodna z bazą
12	Kod stopnia niepełnosprawności	zgodna z bazą
<b>IV.B. Adres zamieszkania (wpisać jeśli jest inny niż adres zamieszkania ubezpieczonego)</b>		
01	Kod pocztowy	zgodnie z bazą
02	Miejscowość	zgodnie z bazą
03	Gmina	zgodnie z bazą
04	Ulica	zgodnie z bazą
05	Numer domu	zgodnie z bazą
06	Numer lokalu	zgodnie z bazą
07	Numer telefonu	zgodnie z bazą
<b>V.A. Dane o członku rodziny osoby ubezpieczonej uprawnionym do świadczeń z ubezpieczenia zdrowotnego.</b>		
01	Zgłoszenie/wyrejestrowanie	1
02	Data uzyskania/utraty uprawnień do ub. zdr.	02.02.2011
03	Numer PESEL	11220212386
04	Numer NIP	--
05/06	Seria i nr dokumentu	--
07	Nazwisko	zgodna z bazą
08	Imię pierwsze	zgodna z bazą
09	Data urodzenia (dd/mm/rr)	zgodna z bazą
10	Kod stopnia pokrewieństwa	zgodna z bazą
12	Kod stopnia niepełnosprawności	zgodna z bazą
<b>V.B. Adres zamieszkania (wpisać jeśli jest inny niż adres zamieszkania ubezpieczonego)</b>		
01	Kod pocztowy	zgodnie z bazą dla #3
02	Miejscowość	zgodnie z bazą dla #3
03	Gmina	zgodnie z bazą dla #3
04	Ulica	zgodnie z bazą dla #3
05	Numer domu	zgodnie z bazą dla #3
06	Numer lokalu	zgodnie z bazą dla #3
07	Numer telefonu	zgodnie z bazą dla #3
<b>VI. Oświadczenie Płatnika składek</b>		
01	Data wypełnienia	Zgodnie z datą drukowania