

WNIOSEK O ZGŁOSZENIE CZŁONKÓW RODZINY DO UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO

Dane identyfikacyjne osoby ubezpieczonej:

1. imię i nazwisko
2. PESEL
3. data urodzenia
4. miejsce zamieszkania

Proszę o objęcie ubezpieczeniem zdrowotnym następujących członków rodziny pozostających na wyłącznym moim utrzymaniu, którzy nie podlegają ubezpieczeniu zdrowotnemu z innego tytułu:

imię i nazwisko	data urodzenia	PESEL	stopień pokrewieństwa	data zakończenia nauki (dot. dzieci powyżej 18 roku życia)
1				
2				
3				
4				
5				

Jestem świadomy(a), iż wskazana wyżej data zakończenia nauki przez osobę, która ukończyła 18 lat jest równoznaczna z datą wyłączenia członka rodziny z ubezpieczenia zdrowotnego.

Oświadczam, że dane zawarte we wniosku są zgodne ze stanem faktycznym i prawnym i jestem świadomy(a) odpowiedzialności za podanie nieprawdy lub zatajenie prawdy.

Zobowiązuję się do bezzwłocznego informowania o wszelkich zmianach dotyczących wyżej wymienionych członków rodziny (tj. zmiany danych osobowych, podjęcia pracy, zakończenia/kontynuacji nauki).

.....
(data wypełnienia)

.....
(podpis wnioskodawcy składającego oświadczenie)

Pouczenie:

Zgodnie z art. 5 ust. 3 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych za członka rodziny uprawnionego do zgłoszenia do ubezpieczenia zdrowotnego uznaje się:

a) dziecko własne, dziecko małżonka, dziecko przysposobione, wnuka albo dziecko obce, dla którego ustanowiono opiekę, albo dziecko obce w ramach rodziny zastępczej:

- do ukończenia 18 lat;
- dziecko, które kształci się nie dłużej niż do ukończenia 26 roku życia;
- każde dziecko (bez względu na wiek), które posiada orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności lub inne traktowane na równi.

b) małżonka,

c) wstępnych pozostających z ubezpieczonym we wspólnym gospodarstwie domowym.