

**WNIOSEK O ZGŁOSZENIE CZŁONKA RODZINY  
DO UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO**

**1) Dane pracownika UEP:**

Nazwisko i imię: .....

PESEL: .....

**2) Dane członka rodziny:**

Zgłoszenie od dnia .....  
( dzień-miesiąc-rok)

1.	Imię	
2.	Nazwisko	
3.	Data urodzenia	
4.	PESEL	
5.	Oddział Narodowego Funduszu Zdrowia	
6.	Stopień pokrewieństwa <sup>1)</sup>	
7.	W przypadku zgłoszenia dziecka – czy się kształci	TAK/NIE *
8.	Czy pozostaje we wspólnym gospodarstwie domowym?	TAK/NIE *
9.	Stopień niepełnosprawności (jeśli orzeczono)	
10.	Adres zamieszkania (kod pocztowy, miejscowość, gmina, ulica, nr domu, nr mieszkania)	

Zobowiązuję się do bezzwłocznego informowania o utracie uprawnień członka rodziny do ubezpieczenia zdrowotnego oraz o zmianach lub błędach w podanych wcześniej danych członka rodziny.

Data .....

Podpis pracownika .....

<sup>1)</sup> Zgodnie z art. 5 ust. 3 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych **za członka rodziny uważa się:**

- a) 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 jednostce naukowej prowadzącej studia doktoranckie - do ukończenia 26 lat, natomiast jeżeli posiada orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności lub inne traktowane na równi - bez ograniczenia wieku,
- b) małżonka ( mąż, żona - nie mający innego tytułu do ubezpieczenia),
- c) wstępnych pozostających z ubezpieczonym we wspólnym gospodarstwie domowym.

\* niepotrzebne skreślić