

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

1. Dane Pracownika:

Nazwisko i imię:

PESEL:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

2. Dane Członka Rodziny:

Zgłoszenie od dnia
(dzień-miesiąc-rok)

1.	Imię																				
2.	Nazwisko																				
3.	Data urodzenia																				
4.	PESEL	<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>																			
5.	Oddział Narodowego Funduszu Zdrowia																				
6.	Stopień pokrewieństwa ¹⁾																				
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

¹⁾ 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.