WNIOSEK O **ZGŁOSZENIE / WYREJESTROWANIE\*** CZŁONKA RODZINY

DO UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO

**1) Dane pracownika:**

Nazwisko i imię: ……………………………………………

PESEL: ……………………………………………

2) **Dane członka rodziny:**

Zgłoszenie/Wyrejestrowanie \* od dnia …………………………………………

 ( dzień-miesiąc-rok)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. | Imię |  |
| 2. | Nazwisko |  |
| 3. | Data urodzenia |  |
| 4. | PESEL |  |
| 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.

\* niepotrzebne skreślić