

ZGŁOSZENIE CZŁONKA RODZINY DO UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO

A. Dane pracownika:

1. nazwisko i imię
2. PESEL
3. stanowisko
4. komórka organizacyjna
5. tel. wewnętrzny

B.1 Dane członka rodziny

1. nazwisko i imię
2. stopień pokrewieństwa
3. data urodzenia
4. PESEL
5. NIP
6. Adres zamieszkania

ulica, Nr domu, Nr mieszkania

.....
kod pocztowy, miejscowość, gmina, dzielnica, województwo,

7. Czy osoba pozostaje we wspólnym gospodarstwie domowym z pracownikiem? TAK / NIE *(właściwie zakreślić)*
8. Czy osoba posiada orzeczenie o stopniu niepełnosprawności? TAK / NIE *(właściwie zakreślić)*

..... *(stopień niepełnosprawności)*

Proszę wypełnić w przypadku zgłoszenia dziecka, które ukończyło / 8 lat i nie posiada orzeczenia o znacznym stopniu niepełnosprawności :

Oświadczam, że Ww. osoba kształci się dalej w
(podać rodzaj kształcenia)

i zobowiązuje się do złożenia wniosku o wyrejestrowanie w przypadku zaprzestania kształcenia lub po ukończeniu 26 roku życia,

B.2 Dane członka rodziny

1. nazwisko i imię
2. stopień pokrewieństwa
3. data urodzenia
4. PESEL
5. NIP
6. Adres zamieszkania

ulica, Nr domu, Nr mieszkania

.....
kod pocztowy, miejscowość, gmina, dzielnica, województwo,

7. Czy osoba pozostaje we wspólnym gospodarstwie domowym z pracownikiem? TAK / NIE *(właściwie zakreślić)*
8. Czy osoba posiada orzeczenie o stopniu niepełnosprawności? TAK / NIE *(właściwie zakreślić)*

..... *(stopień niepełnosprawności)*

Proszę wypełnić w przypadku zgłoszenia dziecka, które ukończyło 18 lat i nie posiada orzeczenia o znacznym stopniu niepełnosprawności:

Oświadczam, że Ww. osoba kształci się dalej w
(podać rodzaj kształcenia)

i zobowiązuje się do złożenia wniosku o wyrejestrowanie w przypadku zaprzestania kształcenia lub po ukończeniu 26 roku życia,

B.3 Dane członka rodziny

1. nazwisko i imię
2. stopień pokrewieństwa
3. data urodzenia
4. PESEL
5. NIP
6. Adres zamieszkania
ulica, Nr domu, Nr mieszkania
.....
kod pocztowy, miejscowość, gmina, dzielnica, województwo
7. Czy osoba pozostaje we wspólnym gospodarstwie domowym z pracownikiem? TAK / NIE (właściwie zakreślić)
8. Czy osoba posiada orzeczenie o stopniu niepełnosprawności? TAK / NIE (właściwie zakreślić)
..... (stopień niepełnosprawności)

Proszę wypełnić w przypadku zgłoszenia dziecka, które ukończyło 18 lat i nie posiada orzeczenia o znacznym stopniu niepełnosprawności:

Oświadczam, że Ww. osoba kształci się dalej w
(podać rodzaj kształcenia)

i zobowiązuje się do złożenia wniosku o wyrejestrowanie w przypadku zaprzestania kształcenia lub po ukończeniu 26 roku życia,

C. Oświadczenie

Oświadczam, iż wskazana/e osoba/y:

- 1) podlega/ją ubezpieczeniu zdrowotnemu jako członek rodziny, w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 23 stycznia 2003 r. o powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia (Dz.U. Nr 45. Poz. 391),

Art. 5 pkt. 3 ww. ustawy:

Ilekcioć w ustawie mowa jest o „członku rodziny” - rozumie się przez to następujące osoby:

- a) dziecko własne, dziecko małżonka, dziecko przysposobione, wnuka albo dziecko obce, dla którego ustanowiono opiekę, albo dziecko obce w ramach rodziny zastępczej, do ukończenia przez nie 18 lat, a jeżeli kształci się dalej - do ukończenia 26 lat, natomiast jeżeli posiada orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności lub inne traktowane na równi - bez ograniczenia wieku,
- b) małżonka,
- c) wstępnych pozostających z ubezpieczonym we wspólnym gospodarstwie domowym

- 2) nie podlega/ją obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego z innego tytułu.

W przypadku zmiany sytuacji faktycznej i utracie przez osobę zgłoszoną do ubezpieczenia statusu członka rodziny, zobowiązuje się poinformować o powyższym Sekcję Spraw Osobowych i Spraw Socjalnych, w terminie 7 dni od zaistnienia sytuacji.

W przypadku nie dopełnienia tego obowiązku wszelkie ewentualne konsekwencje z tego wynikające ponosi zgłaszający.

.....
podpis zgłaszającego