

WNIOSEK O ZGŁOSZENIE DO UBEZPIECZENIA CZŁONKÓW RODZINY

1. Dane osoby składającej wniosek

Nazwisko i imię	Adres zamieszkania	Data urodzenia	Nr PESEL

2. Po zapoznaniu się z pouczeniem na odwrocie niniejszego wniosku, zgłaszam do ubezpieczenia zdrowotnego następujących członków mojej rodziny:

Lp.	Stopień pokrewieństwa	Nazwisko i imię	Data urodzenia	Nr PESEL	Adres zamieszkania	Stopień niepełnosprawności (jaki? od/do)	W przypadku dziecka pełnoletniego – podać powód (nauka, niepełnosprawność w stopniu znacznym)

3. Oświadczam, że ww. osoby nie podlegają obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego z innego tytułu.

4. Zobowiązuję się do zgłoszenia wszelkich zmian mających wpływ na utratę prawa ww. osób do ubezpieczenia w charakterze członków rodziny.

.....
(podpis przyjmującego oświadczenie)

.....
(data i podpis osoby składającej wniosek)

POUCZENIE

1. Zgodnie z art. 67 ust. 3 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, osoba podlegająca obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego ma obowiązek zgłosić do Narodowego Funduszu Zdrowia członków rodziny, jeżeli nie są osobami podlegającymi obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego. Członkowie rodziny uzyskują po zgłoszeniu prawo do świadczenia opieki zdrowotnej.
2. „**członek rodziny**” – rozumie się przez to, zgodnie z art. 5 pkt 3 ww. ustawy, następujące osoby:
 - 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 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
3. Kto uniemożliwia lub ogranicza w poważnym stopniu dostęp świadczeniobiorców do świadczeń opieki zdrowotnej, podlega karze grzywny (art. 193 pkt 5 ww. ustawy).