WNIOSEK O ZGŁOSZENIE DO UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO CZŁONKÓW RODZINY

(wypełnić, jeżeli chcemy zgłosić do ubezpieczenia zdrowotnego członków rodziny, którzy nie posiadają własnego tytułu do ubezpieczenia zdrowotnego)

Przez członka rodziny rozumie 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 lub odbywa kształcenie w uczelni lub szkole doktorskiej - 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.

1. *DANE O CZŁONKU RODZINY OSOBY UBEZPIECZONEJ UPRAWNIONYM DO ŚWIADCZEŃ Z UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO*

01. Nazwisko

02. Imię pierwsze

03. PESEL

04. Data urodzenia (dzień-miesiąc-rok)

05. Uczęszcza aktualnie do szkoły: _____
(TAK / NIE / rodzaj szkoły)

06. Stopień pokrewieństwa / powinowactwa (wpisać X w odpowiednim polu)

- ☐ dziecko własne, dziecko małżonka, dziecko przysposobione
- ☐ wnuk, dziecko obce, dla którego ustanowiono opiekę, albo w ramach rodziny zastępczej lub rodzinnego domu dziecka
- ☐ małżonek ☐ matka ☐ ojciec ☐ macocha ☐ ojczym
- ☐ babka ☐ dziadek ☐ osoby przysposabiające osoby ubezpieczone

07. Stopień niepełnosprawności (wpisać X w odpowiednim polu)

- ☐ brak orzeczenia o stopniu niepełnosprawności
- ☐ lekki stopień niepełnosprawności
- ☐ umiarkowany stopień niepełnosprawności
- ☐ znaczny stopień niepełnosprawności
- ☐ orzeczenie o niepełnosprawności wydawane osobom do 16 roku życia

08. Czy pozostaje we wspólnym gospodarstwie domowym z osobą ubezpieczoną?

☐ **TAK** ☐ **NIE**

2. *DANE O CZŁONKU RODZINY OSOBY UBEZPIECZONEJ UPRAWNIONYM DO ŚWIADCZEŃ Z UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO*

01. Nazwisko

02. Imię pierwsze

03. PESEL

04. Data urodzenia (dzień-miesiąc-rok)

05. Uczęszcza aktualnie do szkoły: _____
(TAK / NIE / rodzaj szkoły)

06. Stopień pokrewieństwa / powinowactwa (wpisać X w odpowiednim polu)

- ☐ dziecko własne, dziecko małżonka, dziecko przysposobione
- ☐ wnuk, dziecko obce, dla którego ustanowiono opiekę, albo w ramach rodziny zastępczej lub rodzinnego domu dziecka
- ☐ małżonek ☐ matka ☐ ojciec ☐ macocha ☐ ojczym
- ☐ babka ☐ dziadek ☐ osoby przysposabiające osoby ubezpieczone

07. Stopień niepełnosprawności (wpisać X w odpowiednim polu)

- ☐ brak orzeczenia o stopniu niepełnosprawności
- ☐ lekki stopień niepełnosprawności
- ☐ umiarkowany stopień niepełnosprawności
- ☐ znaczny stopień niepełnosprawności
- ☐ orzeczenie o niepełnosprawności wydawane osobom do 16 roku życia

08. Czy pozostaje we wspólnym gospodarstwie domowym z osobą ubezpieczoną?

☐ **TAK** ☐ **NIE**

3. DANE O CZŁONKU RODZINY OSOBY UBEZPIECZONEJ UPRAWNIONYM DO ŚWIADCZEŃ Z UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO

01. Nazwisko

02. Imię pierwsze

03. PESEL

04. Data urodzenia (dzień-miesiąc-rok)

05. Uczęszcza aktualnie do szkoły: _____
(TAK / NIE / rodzaj szkoły)

06. Stopień pokrewieństwa / powinowactwa (wpisać X w odpowiednim polu)

- ☐ dziecko własne, dziecko małżonka, dziecko przysposobione
- ☐ wnuk, dziecko obce, dla którego ustanowiono opiekę, albo w ramach rodziny zastępczej lub rodzinnego domu dziecka
- ☐ małżonek ☐ matka ☐ ojciec ☐ macocha ☐ ojczym
- ☐ babka ☐ dziadek ☐ osoby przysposabiające osoby ubezpieczone

07. Stopień niepełnosprawności (wpisać X w odpowiednim polu)

- ☐ brak orzeczenia o stopniu niepełnosprawności
- ☐ lekki stopień niepełnosprawności
- ☐ umiarkowany stopień niepełnosprawności
- ☐ znaczny stopień niepełnosprawności
- ☐ orzeczenie o niepełnosprawności wydawane osobom do 16 roku życia

08. Czy pozostaje we wspólnym gospodarstwie domowym z osobą ubezpieczoną?

☐ **TAK** ☐ **NIE**

4. Adres członków rodziny jest (wpisać X w odpowiednim polu):

- ☐ taki sam jak ubezpieczonego
- ☐ inny niż ubezpieczonego _____
(adres)

5. DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY UBEZPIECZONEJ (osoby pobierającej / ubiegającej się o świadczenie pielęgnacyjne, specjal;ny zasiłek opiekuńczy lub zasiłek dla opiekuna)

01. Nazwisko

02. Imię pierwsze

03. PESEL

Oświadczam, że dane zawarte w formularzu są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym.

Jestem świadomy(ma) odpowiedzialności karnej za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy.
„Kto, składając zeznanie mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub w innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę podlega karze pozbawienia wolności od 6 miesięcy do lat 8" (Art. 233 § 1 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks karny)

O wszelkich zmianach w stosunku do danych zawartych w niniejszym oświadczeniu zobowiązuję się niezwłocznie powiadomić

Data wypełnienia (dzień-miesiąc-rok)

_____
Podpis

_____
data i podpis osoby przyjmującej wniosek