



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

1) Dane Stażysty:

Nazwisko i imię:

PESEL:

2) Dane członka rodziny:

Zgłoszenie 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 Stażysty

¹⁾ Zgodnie z art. 5 ust. 3 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych **za członka rodziny uważa się:**

- 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,
- małżonka (mąż, żona - nie mający innego tytułu do ubezpieczenia),
- wstępnych pozostających z ubezpieczonym we wspólnym gospodarstwie domowym.

* niepotrzebne skreślić