

.....
Miejscowość, data

1. Imię i nazwisko:
2. Miejsce zamieszkania
3. Telefon kontaktowy:

**WNIOSEK
O ZGŁOSZENIE CZŁONKÓW RODZINY DO NARODOWEGO FUNDUSZU
ZDROWIA**

Proszę o objęcie ubezpieczeniem zdrowotnym następujących członków rodziny pozostających na wyłącznym moim utrzymaniu, którzy nie podlegają ubezpieczeniu zdrowotnemu z innego tytułu:

Lp.	Imię i nazwisko	Data urodzenia	Pełnia	Miejsce zamieszkania*	Stopień pokrewieństwa, wpisać np. syn, córka, mąż, żona	Czy członek rodziny pozostaje z ubezpieczonym w wspólnym gospodarstwie domowym? Wpisać TAK lub NIE	Czy członek rodziny posiada stopień niepełnosprawności? Wpisać TAK lub NIE	Podać rodzaj stopnia niepełnosprawności: lekki, umiarkowany, znaczny, niepełnosprawność stwierdzona przed 16 rokiem życia

Oświadczam, że dane zawarte we wniosku są zgodne ze stanem faktycznym i prawnym (tj. art. 5 pkt 3 ustawy z 27.08.2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych) i jestem świadomy(a) odpowiedzialności za podanie nieprawdy lub zatajenie prawdy.

Zobowiązuję się do bezzwłocznego informowania o wszelkich zmianach dotyczących wyżej wymienionych członków rodziny (tj. zmiana danych osobowych, zmiana danych adresowych, zmiana stopnia niepełnosprawności, podjęcie pracy, zakończenie nauki przez osobę, która ukończyła 18 lat itp.) oraz dostarczenia dokumentu potwierdzającego stan faktyczny (tj. w przypadku osoby powyżej 18 roku życia dokumentu potwierdzającego zakończenie nauki lub kontynuację nauki; orzeczenia o stopniu niepełnosprawności w przypadku dziecka, które otrzymuje takie orzeczenie).

.....
(data wypełnienia)

.....
(podpis wnioskodawcy składającego oświadczenie)

INFORMACJA

Na płatniku składek ciąży obowiązek zgłoszenia do ubezpieczenia zdrowotnego członków rodziny ubezpieczonego. Ubezpieczony powinien poinformować pracodawcę o członkach rodziny niepodlegających ubezpieczeniu zdrowotnemu z innego tytułu. Za członka rodziny, zgodnie z przepisami ustawy o NFZ, rozumie się następujące osoby niepodlegające temu ubezpieczeniu z innego tytułu, tj.:

1. 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,
2. małżonka,
3. wstępnych pozostających z ubezpieczonym we wspólnym, gospodarstwie domowym.

Płatnik składek zgłasza do ubezpieczenia zdrowotnego członków rodziny ubezpieczonego pod warunkiem, że stosownego zgłoszenia nie dokonał współmałżonek ubezpieczonego.