

UBEZPIECZENIE ZDROWOTNE

Dane wnioskodawcy:

Imię i nazwisko	
Pesel	
Stan cywilny	
Adres zamieszkania	

Ubezpieczenie zdrowotne [należy wybrać spośród opcji „wnioskuję” lub „nie wnioskuję” poprzez podkreślenie właściwej]

Nie wnioskuję o ubezpieczenie zdrowotne, ponieważ: *

- a. jestem ubezpieczona / -y jako członek rodziny osoby ubezpieczonej;
- b. podlegam ubezpieczeniu zdrowotnemu z innego tytułu.

Wnioskuję o ubezpieczenie zdrowotne:**

- a. od dnia przyznania świadczenia;
- b. od dnia

* / ** Proszę wybrać i zaznaczyć właściwe

Jednocześnie przyjmuję do wiadomości, że w pierwszej kolejności zobowiązana/-y jestem do skorzystania z ubezpieczenia zdrowotnego jako członek rodziny osoby ubezpieczonej.

Zgodnie z art. 66 ust. 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004r o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych „*status członka rodziny osoby ubezpieczonej zwalnia z obowiązku ubezpieczenia zdrowotnego, z tytułów, o których mowa w ust. 1 pkt. 17-20a, 26-28b, 30 i 33*” [tj. m. in. osoby pobierające świadczenia pielęgnacyjne, specjalne zasiłki opiekuńcze, zasiłki dla opiekunów].

Oświadczam, że powyższe dane są zgodne ze stanem faktycznym. Jestem świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

Data i podpis osoby składającej oświadczenie

Stosownie do art. 67 ust.3 ustawy z dnia 25 sierpnia 2004r o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych „*osoba podlegająca obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego, z wyłączeniem osoby wskazanej w art. 66 ust.1 pkt.1 lit ba, ma obowiązek zgłosić do ubezpieczenia zdrowotnego członków rodziny, o których mowa w art. 3 ust. 2 pkt 5 i 6. Osoby, które nie zgłaszają się do ubezpieczenia zdrowotnego same, informują podmiot właściwy do dokonania zgłoszenia do ubezpieczenia zdrowotnego, w terminie 7 dni od dnia zaistnienia okoliczności powodujących konieczność dokonania zgłoszenia. Członkowie rodziny uzyskują prawo do świadczeń opieki zdrowotnej od dnia zgłoszenia do ubezpieczenia zdrowotnego*”.

Proszę o objęcie ubezpieczeniem zdrowotnym następujących członków rodziny:

Imię i nazwisko	
Pesel	
Stopień pokrewieństwa	

Imię i nazwisko	
Pesel	
Stopień pokrewieństwa	

Imię i nazwisko	
Pesel	
Stopień pokrewieństwa	

Imię i nazwisko	
Pesel	
Stopień pokrewieństwa	

Imię i nazwisko	
Pesel	
Stopień pokrewieństwa	

Data i podpis osoby składającej oświadczenie