

.....
(imię i nazwisko, PESEL, data urodzenia osoby zgłaszającej członków rodziny do ubezpieczenia)

ZGŁASZAM DO UBEZPIECZENIA W NARODOWYM FUNDUSZU ZDROWIA CZŁONKÓW RODZINY, KTÓRZY NIE SĄ OSOBAMI PODLEGAJĄCYMI OBOWIĄZKOWI UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO Z INNEGO TYTUŁU.

Zgłoszenie dotyczy:

1. Dzieci do lat 18
2. Dzieci do lat 26, które się kształcą
3. Małżonka
4. Dzieci niepełnosprawne w znacznym stopniu-bez ograniczenia wieku

Lp.	Imię i nazwisko	PESEL	Data urodzenia	Stopień pokrewieństwa	Stopień niepełnosprawności	Uczy się TAK/NIE

Oświadczam, że zostałem pouczony, że zgodnie z przepisami ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych:

- obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego podlegają bezrobotni niepodlegający obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego z innego tytułu [art. 66 ust. 1 pkt. 24],

- z obowiązku ubezpieczenia zdrowotnego zwalnia bezrobotnego status członka rodziny osoby ubezpieczonej oraz status członka rodziny będącego osobą uprawnioną

do świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie przepisów o koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego, określonych w rozporządzeniach Rady (EWG) i Rady (WE) [art. 66 ust. 2], i że zasad tych nie stosuje się do małżonków, wobec których orzeczono separację prawomocnym wyrokiem sądu [art. 66 ust. 3],

- określenie „członek rodziny” oznacza [art. 5 pkt. 3]:

a) 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,

b) małżonka,

Na podstawie Ustawy z dnia 20 kwietnia 2004r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy za członka rodziny uważani są :

a) osoba pozostająca z obywatelem polskim lub cudzoziemcem, o którym mowa w art. 1 ust. 3 pkt 2 w. cyt. Ustawy, w związku małżeńskim uznawanym przez prawo Rzeczypospolitej Polskiej,

b) zstępnego, obywatela polskiego lub cudzoziemca, w wieku do 21 lat lub pozostającego na jego utrzymaniu.

UWAGA! Wszelkie zmiany dotyczące zarówno danych ubezpieczonego jak i członków rodziny zgłoszonych do ubezpieczenia zdrowotnego przez osobę bezrobotną należy niezwłocznie zgłosić do PUP Kozienice, pok. nr 1.

.....
Data i podpis pracownika przyjmującego
zgłoszenie

.....
Data i podpis bezrobotnego