WNIOSEK O **ZGŁOSZENIE** CZŁONKA RODZINY

DO UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO

**1) Dane pracownika:**

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 pracownika ……………………………..

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

b)  małżonka ( mąż, żona - nie mający innego tytułu do ubezpieczenia),

c)  wstępnych pozostających z ubezpieczonym we wspólnym gospodarstwie domowym.

\* niepotrzebne skreślić

**ЗАЯВА НА ЗАЯВУ ЧЛЕНА СІМ'Ї**

**НА МЕДИЧНЕ СТРАХУВАННЯ**

1) **Дані про співробітників:**

Прізвище та ім’я: ……………………………………………

ПЕЗЕЛЬ: ……………………………………………

2**) Дані про члена сім'ї:**

Повідомлення від …………………………………………

(день місяць рік)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. | Ім'я |  |
| 2. | Прізвище |  |
| 3. | Дата народження |  |
| 4. | Номер PESEL |  |
| 5. | Відділення Національного фонду здоров'я |  |
| 6. | Ступінь спорідненості 1) |  |
| 7. | У разі реєстрації дитини - чи навчається вона | Так / ні \* |
| 8. | Чи залишається він/вона в одній родині? | Так / ні \* |
| 9. | Ступінь інвалідності (за наявності посвідчення) |  |
| 10. | Адреса проживання  (поштовий індекс, місто, комуна, вулиця, номер будинку, номер квартири) |  |

Я зобов’язуюсь негайно повідомити про втрату права члена сім’ї на медичне страхування та про зміни чи помилки в раніше наданих даних члена сім’ї.

Дата ……………………………. Підпис працівника ……………………………

1) Відповідно до ст. 5 сек. 3 Закону про медичні послуги, що фінансуються з державних коштів, членом сім'ї вважається:

а) власна дитина, дитина подружжя, усиновлена ​​дитина, онук чи дитина-іноземець, над якою встановлено опіку, або дитина-іноземець у складі прийомної сім'ї чи сімейного сирітського будинку, до досягнення нею 18 років і якщо вони продовжують навчання у школі , у навчальному закладі викладачі, університети чи наукові підрозділи, які проводять навчання в докторантурі, - до досягнення нею 26 років, а за наявності довідки про суттєву інвалідність або інші умови, що ставляться на рівних умовах, - без вікових обмежень,

б) подружжя (чоловік, дружина - без іншого страхування),

в) вихідці, які перебувають в одному домогосподарстві із застрахованою особою.

\* Видалити відповідно до необхідності