

Brzeziny, dnia

.....
Imię i Nazwisko

.....
Adres zameldowania

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Numer PESEL

WNIOSEK

Składam wniosek o zgłoszenie do ubezpieczenia zdrowotnego w NFZ następujących członków rodziny, którzy nie zostali zgłoszeni do ubezpieczenia przez inne uprawnione osoby lub z innego tytułu.

Osoba ubezpieczona ma obowiązek poinformować PUP w Brzezinach o członkach rodziny podlegających zgłoszeniu do tego ubezpieczenia. Informacja taka powinna być przekazana przez osobę ubezpieczoną w terminie 7 dni od dnia zaistnienia okoliczności uzasadniających dokonanie zgłoszenia. Członkowie rodziny uzyskują prawo do świadczeń opieki zdrowotnej od dnia zgłoszenia do ubezpieczenia zdrowotnego (art. 67 ust. 3 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych).

W dniu ukończenia przez dziecko 18 roku życia zostaje ono wyrejestrowane z ubezpieczenia zdrowotnego.
W celu przedłużenia ubezpieczenia zdrowotnego należy przedstawić aktualne zaświadczenie o kontynuacji nauki dziecka.

Osoba podlegająca obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego, która zgłosiła członków rodziny do ubezpieczenia zdrowotnego, jest obowiązana poinformować PUP w Brzezinach o okolicznościach powodujących konieczność ich wyrejestrowania z ubezpieczenia zdrowotnego. Taka informacja powinna zostać przekazana PUP w Brzezinach w terminie 7 dni od dnia zaistnienia w/w okoliczności (art. 76a ust. 2 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych).

Oświadczam, że dane zawarte w oświadczeniu są zgodne ze stanem faktycznym i prawnym.
O wszelkich zmianach danych zawartych we wniosku zobowiązuje się niezwłocznie powiadomić PUP w Brzezinach.

Nierzetelne wykonanie przez ubezpieczonego jego obowiązków w zakresie informowania PUP w Brzezinach do zgłoszenia lub wyrejestrowania z ubezpieczenia zdrowotnego członka rodziny, podlega karze grzywny (art. 193 pkt. 6 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych).

Zapoznałem/am się z treścią wniosku.

.....
czytelny podpis osoby składającej wniosek

L.p.	Nazwisko i Imię	Data urodzenia *	Stopień pokrewieństwa	Adres zamieszkania	Numer PESEL															
1.																				
2.																				
3.																				
4.																				
5.																				
6.																				

* w przypadku dzieci pełnoletnich należy przedstawić potwierdzenie nauki (zaświadczenie ze szkoły)

* w przypadku dzieci, które w trakcie trwania ubezpieczenia ukończą 18 lat, a dalej się kształcą należy niezwłocznie dostarczyć dokument potwierdzający kontynuację nauki (zaświadczenie ze szkoły). Niedostarczenie dokumentu spowoduje wyrejestrowanie dziecka z ubezpieczenia zdrowotnego z dnia ukończenia przez nie 18 roku życia.

Za członków rodziny uważa się:

- dzieci własne, dzieci drugiego współmałżonka, dzieci przysposobione oraz wnuki i dzieci przyjęte na wychowanie, również w ramach rodziny zastępczej, do ukończenia przez nie 18 lat, a jeżeli kształcą się dalej do ukończenia 26 lat, natomiast jeżeli dziecko jest niepełnosprawne w stopniu znacznym – bez ograniczenia wieku.
- współmałżonka.
- krewnych wstępnych (rodziców, dziadków, pradiadków) pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym.

.....
czytelny podpis osoby składającej wniosek