

Pan/Pani
zam.....

.....
data

Wniosek pracownika (ubezpieczonego)

Proszę o zgłoszenie do ubezpieczenia zdrowotnego – NFZ – następujących członków mojej rodziny

Lp.	Imię i nazwisko	Data urodzenia	PESEL	Miejsce zamieszkania	Stopień pokrewieństwa członka rodziny z pracownikiem (córka syn, mąż, żona)	Czy członek rodziny pozostaje z pracownikiem we wspólnym gospodarstwie domowym? TAK lub NIE	Czy członek rodziny posiada stopień niepełnosprawności TAK /NIE
1.							
2.							
3.							
4.							
5.							

.....
Data i podpis

Za członka rodziny - do celów ubezpieczenia zdrowotnego - uważa się:

- 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,
- małżonka,
- wstępnych pozostających z ubezpieczonym we wspólnym gospodarstwie domowym.

Ubezpieczony ma obowiązek zgłosić do ubezpieczenia zdrowotnego członków rodziny - jeśli nie są oni osobami podlegającymi obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego, ani osobami uprawnionymi do świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie przepisów o koordynacji.

Ubezpieczony ma obowiązek powiadomić płatnika składek o nabyciu lub utracie uprawnień członka rodziny do ubezpieczenia zdrowotnego oraz o zmianach lub błędach w podanych wcześniej danych członka rodziny.