# Formularz zgłoszenia/wyrejestrowania[[1]](#footnote-1) członka rodziny do/z ubezpieczenia zdrowotnego

1. **Dane identyfikacyjne osoby ubezpieczonej**

Imię i nazwisko:

PESEL:

1. **Dane członka rodziny uprawnionego do świadczeń opieki zdrowotnej**
2. Imię i nazwisko:

PESEL: Stopień pokrewieństwa[[2]](#footnote-2):

Czy pozostaje we wspólnym gospodarstwie domowym z ubezpieczonym[[3]](#footnote-3):

Kod stopnia niepełnosprawności[[4]](#footnote-4):

Data uzyskania/utraty1 uprawnień do ubezpieczenia zdrowotnego przez członka rodziny:

1. Imię i nazwisko:

PESEL: Stopień pokrewieństwa2:

Czy pozostaje we wspólnym gospodarstwie domowym z ubezpieczonym3:

Kod stopnia niepełnosprawności4:

Data uzyskania/utraty1 uprawnień do ubezpieczenia zdrowotnego przez członka rodziny:

1. Imię i nazwisko:

PESEL: Stopień pokrewieństwa2:

Czy pozostaje we wspólnym gospodarstwie domowym z ubezpieczonym3:

Kod stopnia niepełnosprawności4:

Data uzyskania/utraty1 uprawnień do ubezpieczenia zdrowotnego przez członka rodziny:

1. Imię i nazwisko:

PESEL: Stopień pokrewieństwa2:

Czy pozostaje we wspólnym gospodarstwie domowym z ubezpieczonym3:

Kod stopnia niepełnosprawności4:

Data uzyskania/utraty1 uprawnień do ubezpieczenia zdrowotnego przez członka rodziny:

Zobowiązuję się do poinformowania płatnika o uzyskaniu przez członka rodziny prawa do  ubezpieczenia zdrowotnego z innego tytułu w terminie 7 dni od uzyskania tego prawa.

Oświadczam, że dane zawarte w formularzu są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym. Jestem  świadom(a) odpowiedzialności karnej za podanie nieprawdy lub zatajenie prawdy.

Data i podpis ubezpieczonego

**Informacje**

Za członka rodziny – dla 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 lub rodzinnego domu dziecka, do  ukończenia przez nie 18 lat, a jeżeli uczy się dalej w szkole lub zakładzie kształcenia nauczycieli lub odbywa kształcenie w uczelni lub szkole doktorskiej – do ukończenia 26 lat, natomiast jeśli dziecko ma orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności lub inne traktowane na równi – bez ograniczenia wieku,
* małżonka,
* wstępnych (np. rodziców, dziadków itp.), którzy są we wspólnym gospodarstwie domowym z osobą ubezpieczoną.

Dziadkowie mogą zgłosić wnuka tylko wtedy, gdy żaden z jego rodziców nie jest:

* objęty obowiązkowo ubezpieczeniem zdrowotnym,
* uprawnionym do świadczeń na podstawie przepisów o koordynacji z tytułu wykonywania pracy lub pracy na własny rachunek,
* objęty dobrowolnym ubezpieczeniem zdrowotnym.

Zgłoś członka rodziny do ubezpieczenia zdrowotnego, jeśli:

* nie ma on obowiązkowego ubezpieczenia zdrowotnego, np. jako pracownik, zleceniobiorca, osoba prowadząca pozarolniczą działalność gospodarczą, bezrobotny itp.,
* nie jest uprawniony do świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie przepisów o koordynacji systemów zaopatrzenia społecznego w zakresie udzielania rzeczowych świadczeń zdrowotnych.

1. niepotrzebne skreślić. [↑](#footnote-ref-1)
2. należy wpisać stopień pokrewieństwa (mąż, żona, syn, córka itp.). [↑](#footnote-ref-2)
3. należy wpisać TAK lub NIE. [↑](#footnote-ref-3)
4. należy wpisać: 0 – nie posiada; 1 – lekki; 2 – umiarkowany; 3 – znaczny; 4 – orzeczenie o niepełnosprawności wydawane osobom do 16 roku życia. [↑](#footnote-ref-4)