

..... Piotrków Trybunalski, dnia

imię i nazwisko

.....

data urodzenia

.....

adres zameldowania

.....

adres zamieszkania (podać jeśli jest inny niż zameldowania)

WNIOSEK O ZGŁOSZENIE DO UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO

Oświadczam, że **nie podlegam / podlegam*** obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego z innego tytułu. **Proszę o zgłoszenie** mnie do ubezpieczenia zdrowotnego od dniado Oddziału NFZ **Zostałem/am poinformowany/a, że obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego podlegają bezrobotni nie podlegający obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego z innego tytułu.**

Zostałem poinformowany, że osoba podlegająca obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego w PUP, może zgłosić do ubezpieczenia zdrowotnego członków rodziny.

Przyjąłem/am do wiadomości, że w przypadku posiadania przeze mnie ubezpieczenia zdrowotnego w KRUS, PUP w Piotrkowie Trybunalskim zgłosi mnie do ubezpieczenia zdrowotnego w NFZ **jeżeli równocześnie zaistnieje obowiązek zgłoszenia do ubezpieczeń społecznych** (np.: w okresie pobierania stypendium lub zasiłku dla bezrobotnych). **Zobowiązuję się niezwłocznie poinformować PUP w Piotrkowie Trybunalskim w przypadku objęcia mnie obowiązkowym ubezpieczeniem zdrowotnym z innego tytułu** (np.: z tytułu podlegania ubezpieczeniu w KRUS lub pobierania renty rodzinnej) w celu wyrejestrowania mnie z ubezpieczenia zdrowotnego.

.....

(data i podpis przyjmującego wniosek)

(czytelny podpis składającego oświadczenie)

Piotrków Trybunalski, dnia

.....
imię i nazwisko.....
data urodzenia.....
adres zameldowania.....
adres zamieszkania (podać jeśli jest inny niż zameldowania)

**WNIOSEK O ZGŁOSZENIE CZŁONKÓW RODZINY DO UBEZPIECZENIA
ZDROWOTNEGO**

Proszę o zgłoszenie do ubezpieczenia zdrowotnego następujących członków mojej rodziny nie posiadających ubezpieczenia z innego tytułu

Lp.	Imię i nazwisko	PESEL Data urodzenia	Pokrewieństwo	Nauka podać która klasa Niepełnosprawność –stopień Małżonek/a wpisać nie pracuje
1				
2				
3				
4				
5				
6				

Przez pojęcie „członek rodziny" zgodnie z ustawą o świadczeniach opieki zdrowotnej (...) – rozumiemy następujące osoby:

- 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 lub zakładzie kształcenia nauczycieli lub odbywa kształcenie w uczelni lub szkole doktorskiej – do ukończenia 26 lat, natomiast jeżeli posiada orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności lub inne traktowane na równi – bez ograniczenia wieku,
- b) małżonka,
- c) wstępnych pozostających z ubezpieczonym we wspólnym gospodarstwie domowym.

Przyjąłem do wiadomości, że wnuki mogą zostać zgłoszone tylko w przypadku, gdy żaden z rodziców nie podlega obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego na podstawie art. 66 ust. 1 lub nie jest osobą uprawnioną do świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie przepisów o koordynacji z tytułu wykonywania pracy lub pracy na własny rachunek albo ubezpieczeniu dobrowolnemu. O każdej zmianie danych złożonych w powyższym wniosku zobowiązuję się niezwłocznie zawiadomić PUP w Piotrkowie Trybunalskim.

.....
(data i podpis przyjmującego wniosek).....
(czytelny podpis składającego oświadczenie)