

.....
(miejsowość, data)

Pan/Pani: PESEL:

Zam.
.....

Wniosek o ubezpieczenie członka rodziny

Proszę o zgłoszenie do ubezpieczenia zdrowotnego - NFZ następujących członków mojej rodziny, pozostających/nie pozostających* ze mną we wspólnym gospodarstwie domowym:

(*niepotrzebne skreślić)

Lp.	Imię i nazwisko	Data urodzenia	PESEL	Miejsce zamieszkania (inne niż zgłaszającego)	Stopień pokrewieństwa (wpisać np. syn, córka, mąż, żona)	Czy posiada stopień niepełnosprawności (wpisać TAK lub NIE)
1.						
2.						
3.						
4.						
5.						

.....
(data i podpis osoby zgłaszającej)

INFORMACJA

Bezrobotny powinien poinformować urząd o członkach rodziny niepodlegających ubezpieczeni zdrowotnemu z innego tytułu. Za członka rodziny, zgodnie z przepisami ustawy o NFZ, rozumie się następujące osoby niepodlegające temu ubezpieczeniu z innego tytułu, tj.:

1. 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,

Przy zgłaszaniu dziecka pełnoletniego i uczącego się wymagane jest dołączenie zaświadczenia ze szkoły lub kopii aktualnej legitymacji szkolnej/studenckiej.

2. małżonka,

3. wstępnych pozostających z ubezpieczonym we wspólnym gospodarstwie domowym.

Zgłoszenia członków rodziny płatnik składek dokonuje poprzez złożenie w ZUS formularza: - ZUS ZCNA - „Zgłoszenie danych o członkach rodziny dla celów ubezpieczenia zdrowotnego”.

Płatnik składek zgłasza do ubezpieczenia zdrowotnego członków rodziny osoby ubezpieczonej pod warunkiem, że stosownego zgłoszenia nie dokonał współmałżonek ubezpieczonego.

W razie problemów z wypełnieniem i wątpliwości prosimy o kontakt telefoniczny; 87 629 02 24