**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.**