



WARSZAWSKI
UNIwersytet
MEDYCZNY

**WNIOSEK O ZGŁOSZENIE/WYREJESTROWANIE CZŁONKA RODZINY
DO UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO**

1) Dane pracownika:

Nazwisko i imię:

PESEL:

2) Dane członka rodziny:

Zgłoszenie/wyrejestrowanie od dnia

(dzień-miesiąc-rok)

1.	Imię	
2.	Nazwisko	
3.	Data urodzenia	
4.	PESEL	
5.	Oddział Narodowego Funduszu Zdrowia	
6.	Stopień pokrewieństwa ¹⁾	
7.	W przypadku zgłoszenia dziecka – czy się kształci	TAK/NIE *
8.	Czy pozostaje we wspólnym gospodarstwie domowym?	TAK/NIE *
9.	Stopień niepełnosprawności (jeśli orzeczono)	
10.	Adres zamieszkania (kod pocztowy, miejscowość, gmina, ulica, nr domu, nr mieszkania)	

Zobowiązuję się do bezzwłocznego informowania o utracie uprawnień członka rodziny do ubezpieczenia zdrowotnego oraz o zmianach lub błędach w podanych wcześniej danych członka rodziny.

Data

Podpis pracownika

¹⁾ Zgodnie z art. 5 ust. 3 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych **za członka rodziny uważa się:**

- 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, zakładzie kształcenia nauczycieli, uczelni lub jednostce naukowej prowadzącej studia doktoranckie - do ukończenia 26 lat, natomiast jeżeli posiada orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności lub inne traktowane na równi - bez ograniczenia wieku,
- b) małżonka (mąż, żona - nie mający innego tytułu do ubezpieczenia),
- c) wstępnych pozostających z ubezpieczonym we wspólnym gospodarstwie domowym.

* niepotrzebne skreślić