

PROSZĘ WYPEŁNIĆ DRUKOWANYMI LITERAMI

.....
imię i nazwisko

.....
data urodzenia lub PESEL

.....
adres zamieszkania

UWAGA!!

Kontynuacja ubezpieczenia członka rodziny po 18 roku życia możliwa jest po udokumentowaniu jego dalszej nauki, jednakże nie dłużej niż do 26 roku życia

Informacja o członkach rodziny zgłaszanych do ubezpieczenia zdrowotnego od dnia (nie podlegających temu ubezpieczeniu z innego tytułu)

| Lp. | Imię i nazwisko | Adres zamieszkania | Stopień pokrewieństwa | Data urodzenia | PESEL | Stopień niepełności* | Aktywność** |
|-----|-----------------|--------------------|-----------------------|----------------|-------|----------------------|-------------|
| 1 | | | | | | | |
| 2 | | | | | | | |
| 3 | | | | | | | |
| 4 | | | | | | | |
| 5 | | | | | | | |

*) jeżeli dotyczy, to wpisać wg. kryterium: lekki, umiarkowany, znaczny (na jaki okres)

***)członek rodziny: bezrobotny, uczeń, niepracujący współmałżonek, dzieci przedszkolne

Zgodnie z art. 5 ust. 3 Ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych **członkiem rodziny** jest:

- dziecko własne, dziecko małżonka, dziecko przysposobione, wnuk 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,
- małżonek,
- wstępny (rodzice, dziadkowie, pradziadkowie) pozostający z ubezpieczonym we wspólnym gospodarstwie domowym;

OŚWIADCZAM, że

- dane zawarte w formularzu są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym,
- o wszelkich zmianach dotyczących ubezpieczenia zdrowotnego członków rodziny zobowiązuję się powiadomić niezwłocznie PUP w Międzychodzie,
- powyższe oświadczenie składam pouczona/y o odpowiedzialności karnej z art. 233 § 1 Kodeksu Karnego: „Kto, składając zeznanie mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub w innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę, podlega karze pozbawienia wolności od 6 miesięcy do lat 8”.

.....
podpis pracownika przyjmującego oświadczenie

.....
podpis osoby zgłaszającej do ubezpieczenia