

ZGŁOSZENIE DO UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO

Ja niżej podpisany(a)

zam.

Świadomy(a) o odpowiedzialności karnej z art. 233§ 1 Kodeksu Karnego, który za składanie nieprawdziwych informacji przewiduje karę pozbawienia wolności do lat 3:

- oświadczam, że nie jestem zgłoszony(a) do ubezpieczenia zdrowotnego z innego tytułu.

DANE IDENTYFIKACYJNE (prosimy o wypełnienie drukowanym pismem)

1. Imię i nazwisko: □□□□□□□□□□ □□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□

2. Drugie imię: □□□□□□□□□□

3. Imiona rodziców □□□□□□□□□□ □□□□□□□□□□

4. Data urodzenia: □□ □□ □□□□

5. PESEL: □□□□□□□□□□□□

6. NIP: □□□ □□□ □□ □□

7. Rodzaj, seria i nr dowodu tożsamości: rodzaj □□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□

seria □□□ numer □□□□□□□□□□

8. Adres zamieszkania:

kod □□ - □□□ miejscowość □□□

□□□□□□□□□□ Nr domu □□□ Nr lokalu □□□□□

gmina □□

.....
(data i podpis osoby składającej oświadczenie)

UPOWAŻNIENIE

upoważniam do odbioru zaświadczeń potwierdzających zgłoszenie do ubezpieczenia zdrowotnego:

1. Pana/Panią zam.

legitymująca się dowodem osobistym seria numer

Uwaga:

Niniejsze upoważnienie ważne jest w trakcie aktualnego posiadania statusu osoby bezrobotnej

.....
data i podpis osoby bezrobotnej

Do ubezpieczenia zdrowotnego zgłaszam następujących członków rodziny pozostających z ubezpieczonym we wspólnym gospodarstwie domowym:

Lp.	Imię i nazwisko	Adres zamieszkania (wypełnić w przypadku adresu innego niż świadczeniobiorcy)	Stopień pokrewieństwa	Data urodzenia (dzień, m-c, rok)	Nr NIP Nr PESEL	Stopień niepełno- sprawności

Oświadczam, że dane zawarte w formularzu są zgodne ze stanem prawnym faktycznym.

O wszelkich zmianach danych osobowych oraz danych zawartych w oświadczeniu zobowiązuję się niezwłocznie powiadomić urząd pracy.

.....
(data i podpis osoby składającej oświadczenie)

Podstawa prawna:

Art. 66 ust. 1 pkt. 24, art. 75 ust. 9 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2008 r., Nr 164, poz. 1027).

Art. 5 pkt.3 w/w ustawy - przez członka rodziny rozumie się:

- a. 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 jeśli kształci się dalej - do ukończenia 26 lat, natomiast posiada orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności lub inne traktowanie na równi - bez ograniczenia wieku,
- b. małżonka,
- c. wstępnych pozostających z ubezpieczonym we wspólnym gospodarstwie domowym.