



ZGŁOSZENIE DO UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO

1. Nazwisko i imię
2. PESEL*
3. Adres zamieszkania
4. Wnoszę o zgłoszenie mnie do ubezpieczenia zdrowotnego od dnia
5. Wnoszę o zgłoszenie do ubezpieczenia zdrowotnego od dnia wymienionych członków rodziny:

L.p.	Nazwisko i imię	PESEL*	Stopień pokrewieństwa	Adres
1				
2				
3				
4				
5				

*w przypadku cudzoziemca numer dokumentu stwierdzającego tożsamość

POUCZENIE:

1. Osoba podlegająca obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego po zgłoszeniu do ubezpieczenia zdrowotnego uzyskuje prawo do świadczeń opieki zdrowotnej.
2. Osoba podlegająca obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego ma obowiązek zgłosić do ubezpieczenia zdrowotnego członków rodziny. Członkami rodziny są następujące osoby:
 - 1) dziecko własne, dziecko małżonka, dziecko przysposobione, wnuk lub 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;
 - 2) małżonek/malżonka;
 - 3) wstępni, pozostający z ubezpieczonym we wspólnym gospodarstwie domowym.
3. Osoby, które nie zgłaszają się do ubezpieczenia zdrowotnego same, informują PUP o członkach rodziny podlegających zgłoszeniu w terminie 7 dni od dnia zaistnienia okoliczności powodujących konieczność dokonania zgłoszenia. Członkowie rodziny uzyskują prawo do świadczeń opieki zdrowotnej od dnia zgłoszenia ich do ubezpieczenia zdrowotnego.
4. W przypadku członków rodziny do objęcia ubezpieczeniem zdrowotnym wystarczy zgłoszenie do ubezpieczenia przez jedną osobę podlegającą obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego, z tym, że wnuki mogą zostać zgłoszone tylko w przypadku, gdy żaden z rodziców nie podlega obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego lub nie jest osobą uprawnioną do świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie przepisów o koordynacji z tytułu wykonywania pracy lub pracy na własny rachunek albo ubezpieczeniu dobrowolnemu.
5. Osoba podlegająca obowiązkowi zdrowotnemu, która zgłosiła członków rodziny, jest obowiązana poinformować podmiot właściwy do dokonania wyrejestrowania o okolicznościach powodujących konieczność ich wyrejestrowania z ubezpieczenia zdrowotnego, w terminie 7 dni od dnia zaistnienia tych okoliczności.
6. Kto będąc ubezpieczonym, nie informuje podmiotu właściwego do dokonania zgłoszenia do ubezpieczenia zdrowotnego o okolicznościach powodujących konieczność zgłoszenia lub wyrejestrowania członka rodziny, podlega karze grzywny.
7. Prawo do świadczeń opieki zdrowotnej osób zgłoszonych do ubezpieczenia przez PUP oraz członków rodziny ustaje po upływie 30 dni od dnia wygaśnięcia obowiązku ubezpieczenia zdrowotnego.

Oświadczam, że ja oraz zgłoszeni przeze mnie członkowie rodziny nie podlegają ubezpieczeniu zdrowotnemu z innego tytułu.

.....
(miejscowość i data)

.....
(podpis wnioskodawcy)