

KARTA EWIDENCYJNA ZGŁOSZENIA OSOBY DO UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO / SPOŁECZNEGO

DANE EWIDENCYJNE OSOBY UBEZPIECZONEJ

Numer PESEL Data urodzenia Imiona Nazwisko

Nazwisko rodowe.....Adres zameldowania (zamieszkania)

Czy posiada Pan/Pani stopień niepełnosprawności (jeśli TAK to na jaki okres)

DANE EWIDENCYJNE CZŁONKÓW RODZINY ZGŁASZANYCH DO UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO

Lp.	PESEL	Nazwisko	Imię	Data urodzenia	Stopień pokrewieństwa	Czy podlega ubezpieczeniu z innego tytułu	Czy posiada stopień niepełnosprawności

Oświadczam, że należę do Oddziału Wojewódzkiego NFZ.

- Za członka rodziny rozumie się (zgodnie z art. 5 ust. 3 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych) **osoby niepodlegające ubezpieczeniu z innego tytułu** – dziecko własne, dziecko małżonka, dziecko przysposobione, wnuka lub dziecko w ramach rodziny zastępczej do ukończenia przez nie 18 lat, a jeśli uczy się dalej - do ukończenia 26 lat, natomiast jeśli posiada orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności lub inne traktowane na równi- bez ograniczenia wieku; małżonka; wstępnych pozostających z ubezpieczonym we wspólnym gospodarstwie domowym.

- Jeśli nie zostanie podany numer PESEL, osoba taka nie będzie mogła być zgłoszona do ubezpieczenia.

Zobowiązuję się do niezwłocznego powiadomienia tutejszego Ośrodka o wszystkich zmianach mających wpływ na podleganie członka rodziny ubezpieczeniu zdrowotnemu.

Wyrażam zgodę na wykorzystanie moich danych osobowych do celów ubezpieczeń społecznych i zdrowotnych.

.....

(data i podpis)