

ZGŁOSZENIE* /ZMIANA* / DO UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO

Na podstawie art. 66 ust. 1 pkt. 24 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych obowiązku ubezpieczenia zdrowotnego podlegają bezrobotni niepodlegający obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego z innego tytułu.

Narodowy Fundusz Zdrowia Pomorski Oddział Wojewódzki

.....

(nazwisko bezrobotnego)

.....

(Imiona bezrobotnego)

.....

(data urodzenia)

.....

(miejsce urodzenia)

.....

(PESEL)

Dokument tożsamości: Seria.....Nr rodzaj data ważności

.....

(adres zamieszkania)

Oświadczam, że: posiadam inny tytuł do objęcia obowiązkiem ubezpieczenia: TAK* NIE*

Zgłaszam członków rodziny do ubezpieczenia TAK* NIE*

Przez członków rodziny zgodnie z ww. ustawą uznaje się:

1. 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 jeżeli się kształci dalej – do ukończenia 26 lat, natomiast jeżeli posiada orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności lub inne traktowane na równi – bez ograniczenia wieku,
2. małżonka,
3. wstępnych pozostających z ubezpieczonym we wspólnym gospodarstwie domowym.

Członkowie rodziny bezrobotnego

Lp.	Nazwisko i imiona	Data urodzenia	PESEL	Pokrewieństwo	Adres zamieszkania
1					
2					
3					
4					
5					

Zobowiązuje się do powiadamiania Urzędu o wszelkich zmianach dotyczących ubezpieczenia zdrowotnego

Pouczenie

Art. 233 § 1KK – „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 do lat 3”

.....

(data i podpis pracownika PUP)

.....

(data i czytelny podpis bezrobotnego)

* Niepotrzebne skreślić