

.....
imię i nazwisko

Olesno, dnia

.....
data urodzenia

.....
adres zameldowania

.....
adres zamieszkania (podać jeśli jest inny niż zameldowania)

WNIOSEK O ZGŁOSZENIE DO UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO

Oświadczam, że **nie podlegam / podlegam*** obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego z innego tytułu.

Proszę o zgłoszenie mnie do ubezpieczenia zdrowotnego od dnia do Oddziału

NFZ

Zostałem/am poinformowany/a, że obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego podlegają bezrobotni niepodlegający obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego z innego tytułu.

Zostałem poinformowany, że osoba podlegająca obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego, ma obowiązek zgłosić do ubezpieczenia zdrowotnego członków rodziny.

*Zgodnie z ustawą o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych **w przypadku zbiegu tytułów do objęcia obowiązkiem ubezpieczenia zdrowotnego**, o których mowa w art. 66 ust. 1, składka finansowana z budżetu państwa jest opłacana tylko wtedy, gdy nie ma innego tytułu do objęcia obowiązkiem ubezpieczenia zdrowotnego. W takim przypadku **ubezpieczony ma obowiązek poinformować płatnika składek o opłaceniu składek z innego tytułu do objęcia obowiązkiem ubezpieczenia zdrowotnego.***

W przypadku zbiegu tytułów do objęcia obowiązkiem ubezpieczenia zdrowotnego, o których mowa w art. 66 ust. 1, gdy w ramach każdego z tych tytułów składka finansowana jest z budżetu państwa, składka jest opłacana wyłącznie z tytułu, który powstał najwcześniej. Jeżeli tytuły powstały równocześnie, składka jest opłacana z pierwszego zgłoszonego tytułu do objęcia ubezpieczeniem zdrowotnym.

Przyjąłem/am do wiadomości, że w przypadku posiadania przeze mnie ubezpieczenia zdrowotnego w KRUS, **PUP w Oleśnie zgłosi mnie do ubezpieczenia zdrowotnego w NFZ jeżeli równocześnie zaistnieje obowiązek zgłoszenia do ubezpieczeń społecznych** (np.: w okresie pobierania stypendium lub zasiłku dla bezrobotnych).

Zobowiązuję się niezwłocznie poinformować PUP w Oleśnie w przypadku objęcia mnie obowiązkowym ubezpieczeniem zdrowotnym z innego tytułu (np.: z tytułu podlegania ubezpieczeniu w KRUS lub pobierania renty rodzinnej) w celu wyrejestrowania mnie z ubezpieczenia zdrowotnego.

.....
(data i podpis przyjmującego wniosek)

.....
(czytelny podpis składającego oświadczenie)

*** niepotrzebne skreślić**

Olesno, dnia

.....
Imię i nazwisko

.....
data urodzenia

.....
adres zamieszkania

WNIOSEK
O ZGŁOSZENIE CZŁONKÓW RODZINY DO UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO

Proszę o zgłoszenie do ubezpieczenia zdrowotnego od dnia

następujących członków mojej rodziny nie posiadających ubezpieczenia z innego tytułu:

l.p.	Imię i nazwisko	Data urodzenia	PESEL	Pokrewieństwo	Nauka/ klasa
			Rodzaj niepełnosprawności jeżeli istnieje		Dane zweryfikowano na podstawie aktu urodzenia lub dowodu osobistego w przypadku pierwszorazowego zgłoszenia lub zmiany danych
1.					
2.					
3.					
4.					
5.					

Przez pojęcie „członek rodziny” zgodnie z ustawą o świadczeniach opieki zdrowotnej (...) – rozumiemy następujące osoby:

- a) dziecko własne, dziecko małżonka, dziecko przysposobione, wnuka 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,
- b) małżonka,
- c) wstępnych pozostających z ubezpieczonym we wspólnym gospodarstwie domowym.

Przyjąłem do wiadomości, że:

1. wnuki mogą zostać zgłoszone tylko w przypadku, gdy żaden z rodziców nie podlega obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego na podstawie art. 66 ust. 1 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,
2. osoba, w stosunku do której wygasł tytuł do objęcia ubezpieczeniem zdrowotnym, podlega wyrejestrowaniu z tego tytułu wraz z członkami rodziny,
3. osoba podlegająca obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego, która zgłosiła do Funduszu 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.

O każdej zmianie danych złożonych w powyższym wniosku zobowiązuję się niezwłocznie zawiadomić PUP w Oleśnie.

.....
(data podpis przyjmującego wniosek)

.....
(czytelny podpis składającego oświadczenie)