

Zgłoszenie członka rodziny do ubezpieczenia zdrowotnego

Nazwisko i imię pracownika

PESEL.....

Adres zamieszkania pracownika (kod poczt., miejscowość, gmina, ulica nr)

Miejsce pracy (wydział lub komórka org.)

Należę do oddziału wojewódzkiego NFZ

(nazwa oddziału wojewódzkiego)

Dane członka rodziny zgłaszanego do ubezpieczenia zdrowotnego:

Nazwisko	Adres zamieszkania członka rodziny		Data urodzenia	Stopień pokrewieństwa	
	Kod poczt.	Miejscowość			
Imię	Ulica		Nr	Data zgłoszenia do ub. zdrowotnego **	Stopień niepełnospr.
Nr PESEL	Gmina				

Nazwisko	Adres zamieszkania członka rodziny		Data urodzenia	Stopień pokrewieństwa	
	Kod poczt.	Miejscowość			
Imię	Ulica		Nr	Data zgłoszenia do ub. zdrowotnego **	Stopień niepełnospr.
Nr PESEL	Gmina				

Nazwisko	Adres zamieszkania członka rodziny		Data urodzenia	Stopień pokrewieństwa	
	Kod poczt.	Miejscowość			
Imię	Ulica		Nr	Data zgłoszenia do ub. zdrowotnego **	Stopień niepełnospr.
Nr PESEL	Gmina				

Ww. członek rodziny:

- Pozostaje ze mną we wspólnym gospodarstwie domowym TAK-NIE *
- Posiada status osoby bezrobotnej TAK-NIE *

Oświadczenie

**Zobowiązuję się do bezzwłocznego poinformowania zakładu pracy o wszelkich zaistniałych zmianach oraz dostarczania (z początkiem każdego nowego roku szkolnego) zaświadczenia o pobieraniu nauki przez dziecko powyżej 18 roku życia.
W przypadku niedostarczenia zaświadczenia dziecko zostanie wyrejestrowane z ubezpieczenia zdrowotnego.**

.....
data i podpis pracownika

Zgodnie z ustawą z dn. 6 lutego 1997r., z późniejszymi zmianami, o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym pracodawca ma obowiązek imiennego zgłaszania do oddziałów ZUS swoich pracowników.

W zgłoszeniu imiennym pracownika dla celów ubezpieczenia zdrowotnego pracodawca ma obowiązek podać nazwę kasy chorych, do której przystąpił pracownik a także dane o członkach rodziny pracownika.

* niepotrzebne skreślić

** należy podać datę kolejną po dacie ustania poprzedniego tytułu ubezpieczenia lub datę urodzenia dziecka zgłaszanego po raz pierwszy