

# Wniosek o zgłoszenie członków rodziny do Narodowego Funduszu Zdrowia

## Dane wnioskodawcy:

1. imię i nazwisko .....
2. PESEL .....
3. data urodzenia .....
4. miejsce zamieszkania .....

Proszę o objęcie ubezpieczeniem zdrowotnym następujących członków rodziny pozostających na wyłącznym moim utrzymaniu, którzy nie podlegają ubezpieczeniu zdrowotnemu z innego tytułu:

Lp	imię i nazwisko	Adres zamieszkania	Stopień pokrewieństwa	Data urodzenia	PESEL	Stopień niepełnosprawności

Oświadczam, że dane zawarte w formularzu są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym i jestem świadomy(a) odpowiedzialności za podanie nieprawdy lub zatajenie prawdy.

Zobowiązuję się do bezzwłocznego informowania o wszelkich zmianach zawartych w formularzu dotyczących ubezpieczenia zdrowotnego członków rodziny.

.....  
(data wypełnienia i podpis składającego oświadczenie)

## Pouczenie:

zgodnie z art. 5 pkt. 3 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych za członka rodziny uznaje się:

- a) dziecko do ukończenia 18 lat;  
dziecko powyżej 18 roku życia, które kształci się nie dłużej niż do ukończenia 26 roku życia;  
każde dziecko (bez względu na wiek), które posiada orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności lub inne traktowane na równi  
Jako dziecko uznaje się: dziecko własna, dziecko małżonka, dziecko przysposobione, wnuka albo dziecko obce, dla którego ustanowiono opiekę, albo dziecko obce w ramach rodziny zastępczej,
- b) małżonka,
- c) wstępnych pozostających z ubezpieczonym we wspólnym gospodarstwie domowym.