

.....
Tczew,

.....
(nazwisko i imię)

.....
(PESEL)

Oświadczenie
dla celów ustalenia obowiązku ubezpieczenia zdrowotnego

Proszę o zgłoszenie/ wyrejestrowanie * następujących członków rodziny:

Lp.	Imię i nazwisko	Stopień pokrewieństwa	PESEL	Adres zamieszkania

Współmałżonek podlega ubezpieczeniu zdrowotnemu z innego tytułu? Tak/Nie*

Czy któraś z wyżej wymienionych osób posiada stopień niepełnosprawności? Tak/ Nie*

.....
(nazwisko i imię)

Wyrejestrowanie następuje z dniem w związku z

O wszelkich zmianach w stosunku do danych zawartych w niniejszym oświadczeniu zobowiązuję się niezwłocznie powiadomić płatnika składek.

.....
(data i podpis przyjmującego oświadczenie)

.....
(podpis osoby bezrobotnej)

*niepotrzebne skreślić

POUCZENIE

W związku z art. 67 ust. 3 ww. ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (tekst jednolity Dz. U z 2019 r., poz. 1373 ze zm.) osoba podlegająca obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego ma obowiązek zgłosić do Funduszu członków rodziny.

Za członka rodziny uważa się następujące osoby, **niepodlegające ubezpieczeniu z innego tytułu**:

- 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 kształci się dalej - do ukończenia 26 lat, natomiast jeżeli posiada orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności lub inne traktowane na równi – bez ograniczenia wieku,
- b) małżonka,
- c) krewnych wstępnych (matka, ojciec) pozostających z nim we wspólnym gospodarstwie domowym.

Zgodnie z art. 67 ust. 3a ww. ustawy w przypadku członków rodziny do objęcia ubezpieczeniem zdrowotnym wystarczy zgłoszenie do ubezpieczenia zdrowotnego przez jedną osobę podlegającą obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego, z tym że wnuki mogą zostać zgłoszone tylko w przypadku, gdy żaden z rodziców nie podlega obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego na podstawie art. 66 ust. 1 ww. ustawy 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.

.....
(data i podpis osoby bezrobotnej)