

**ZGŁOSZENIE CZŁONKÓW RODZINY
DO UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO**

Narodowy Fundusz Zdrowia
Opolski Oddział Wojewódzki

.....
Imię i nazwisko bezrobotnego

PESEL

Zgłaszam członków rodziny do ubezpieczenia zdrowotnego :

Za członków rodziny uznaje się:

1. Dziecko własne, dziecko małżonka, dziecko przysposobione, wnuka albo dziecko obce, dla którego ustanowiono opiekę, dziecko w ramach rodziny zastępczej, do ukończenia przez nie 18 lat, a jeżeli kształci się dalej – do ukończenia 26 lat. Natomiast jeśli posiada orzeczenie o niepełnosprawności, lub inne traktowane na równi – bez ograniczenia wieku
2. Małżonka
3. Wstępnych pozostających z ubezpieczonym we wspólnym gospodarstwie domowym

l.p.	NAZWISKO I IMIĘ	DATA URODZENIA	PESEL	POKREWIE - NSTWO
1				
2				
3				
4				
5				

Zobowiązuję się do:

- dostarczenia w terminie do 7 dni od dnia ukończenia 18 roku życia przez osobę zgłoszoną - zaświadczenia, o kontynuowaniu nauki pod rygorem wygaśnięcia ubezpieczenia zdrowotnego członka rodziny.
- poinformowania Powiatowego Urzędu Pracy w Strzelcach Op. o nabyciu przez współmałżonka, lub zgłoszonego członka rodziny prawa do ubezpieczenia zdrowotnego z innego tytułu

Przyjmuję do wiadomości, że w przypadku utraty przeze mnie statusu osoby bezrobotnej wygasa ubezpieczenie zdrowotne moje, oraz zgłoszonych przeze mnie osób.

.....
data i podpis bezrobotnego