

## ZGŁOSZENIE\*/ZMIANY\* DO UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO

[IMIĘ I NAZWISKO BEZROBOTNEGO ORAZ ADRES ZAMIESZKANIA]

[PESEL]

[SERIA I NUMER DOWODU OSOBISTEGO]

Oświadczam, że posiadam inny tytuł do ubezpieczenia zdrowotnego:

**TAK\***

**NIE\***

Inny tytuł: (właściwe podkreślić)

1. mam prawo do renty rodzinnej    2. podlegam ubezpieczeniu rolniczemu w KRUS od pow. ....    3. posiadam uprawnienia do świadczeń alimentacyjnych

### CZŁONKOWIE RODZINY BEZROBOTNEGO

Lp.	NAZWISKO I IMIĘ	DATA URODZENIA	PESEL	POKREWIEŃSTWO	NIEPEŁNOSPRAWNOŚĆ*	MIEJSCE NAUKI	ZGŁASZAM DO UBEZPIECZENIA TAK/NIE	WYMIENIONY CZŁONEK RODZINY ZAMIESZKUJE ZE MNĄ - TAK/NIE
1.								
2.								
3.								
4.								
5.								
6.								

\*zaznaczyć stopień niepełnosprawności - jeśli posiada zaznaczyć TAK

## INFORMACJA

1. Za członków rodziny uważa się:
  - a) dziecko własne, dziecko małżonka, dziecko przysposobione, wnuka albo dziecko obce, dla którego ustanowiono opiekę, albo dziecko obce w ramach rodziny zastępczej, do ukończenia przez nie 18 roku życia; a jeżeli kształci się dalej – do ukończenia 26 lat; a jeżeli posiada orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności lub inne traktowane na równi – bez ograniczenia wieku,
  - b) małżonka,
  - c) wstępnych (ojciec, matka, dziadek, babcia) pozostających z ubezpieczonym we wspólnym gospodarstwie domowym.
2. Osoba podlegająca obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego ma obowiązek zgłosić do ubezpieczenia zdrowotnego członków rodziny - w terminie 7 dni od dnia zaistnienia okoliczności powodujących konieczność dokonania zgłoszenia (np. od dnia ustania zatrudnienia przez członka rodziny, jeżeli nie nabędzie innego tytułu do ubezpieczenia).
3. Członkowie rodziny uzyskują prawo do świadczeń opieki zdrowotnej od dnia zgłoszenia do ubezpieczenia zdrowotnego.
4. Osoba podlegająca obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego, która zgłosiła do ubezpieczenia członków rodziny, **ma obowiązek powiadomić** Powiatowy Urząd Pracy w Opolu **o okolicznościach powodujących konieczność wyrejestrowania członka rodziny z ubezpieczenia zdrowotnego w terminie 7 dni od dnia zaistnienia tych okoliczności** (np. zgłoszone do ubezpieczenia dziecko powyżej 18 roku życia przestało być uczniem, zgłoszony do ubezpieczenia małżonek podjął zatrudnienie lub zarejestrował się jako osoba bezrobotna).
5. Wyrejestrowania z ubezpieczenia zdrowotnego dokonuje podmiot właściwy do dokonania zgłoszenia.

Podstawa prawna:

1. Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych(t. j. Dz. U z 2018r. poz 1510).

---

[PODPIS PRACOWNIKA PUP]

---

[DATA I CZYTELNY PODPIS BEZROBOTNEGO]