

.....
(imię i nazwisko pracownika/doktoranta UZ)

Oświadczenie w celu zgłoszenia/wyrejestrowania do/z ubezpieczenia zdrowotnego członków rodziny ubezpieczonego

- Zgłoszenie członka rodziny
 Wyrejestrowanie członka rodziny

Imię i nazwisko.....

PESEL.....

Data urodzenia:.....

Stopień pokrewieństwa

Data uzyskania/utruty uprawnień do ubezpieczenia zdrowotnego

Czy pozostaje we wspólnym gospodarstwie TAK NIE

Czy posiada orzeczenie o niepełnosprawności TAK NIE,

jeżeli tak, to proszę podać stopień niepełnosprawności:

- znaczny umiarkowany lekki

wydany na okres od:.....do:.....

Adres zamieszkania członka rodziny jeśli jest inny niż adres ubezpieczonego pracownika

.....

Oświadczam, że wskazana przeze mnie osoba:

- nie pracuje,
- nie jest zarejestrowana w Urzędzie Pracy,
- nie pobiera renty lub emerytury (w tym renty rodzinnej)
- uczy się / nie uczy się.

Zobowiązuję się poinformować Dział Płac w ciągu 7 dni od dnia zaistnienia okoliczności do zgłoszenia, bądź wyrejestrowania członka rodziny.

.....
(podpis)

Osoby uważane za członków rodziny dla celów ubezpieczenia zdrowotnego:

dziecko (własne, drugiego małżonka, przysposobione, dziecko obce, dla którego ustanowiono opiekę, albo dziecko obce w ramach rodziny zastępczej lub rodzinnego domu dziecka) oraz wnuk - do ukończenia przez nie 18 lat, a jeżeli kształci się dalej - do ukończenia 26 lat, natomiast bez ograniczenia wieku - tylko w przypadku, gdy dziecko posiada orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności lub inne traktowane na równi z takim orzeczeniem,
małżonek,
wstępni pozostający z ubezpieczonym we wspólnym gospodarstwie domowym (rodzice, dziadkowie).

Podstawa prawna

Ustawa z dnia 27.08.2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. Z 2008 r. nr 164, poz.1027 ze zm.)