

## ZGŁOSZENIE DO UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO

Powiatowy Urząd Pracy w Mogilnie zgłasza Pana(ią) do ubezpieczenia zdrowotnego do Narodowego Funduszu Zdrowia-oddział:

- Kujawsko-Pomorski w Bydgoszczy  
 inny: .....

Ja.....PESEL.....  
(NAZWISKO IMIĘ)

zamieszkały/a w .....

Oświadczam, że posiadam inny tytuł do ubezpieczenia zdrowotnego TAK/NIE(właściwe podkreślić)

1. mam prawo do renty rodzinnej      2.podlegam ubezpieczeniu rolniczemu w KRUS      3.inny tytuł.....

Do ubezpieczenia zdrowotnego zgłaszam następujących członków rodziny pozostających na moim wyłącznym utrzymaniu, niepodlegające ubezpieczeniu z innego tytułu:

	IMIĘ I NAZWISKO	ADRES ZAMIESZKANIA	STOPIEŃ POKREWIEŃSTWA	PESEL	STOPIEŃ NIEPEŁNO- SPRAWNOŚCI	CZY ZAREJESTROW ANY JAKO BEZROBOTNY [TAK / NIE]
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						

**PONIŻSZE DANE WYPEŁNIĆ W PRZYPADKU, GDY DO UBEZPIECZENIA  
ZDROWOTNEGO ZGŁASZAMY PEŁNOLETNIE DZIECI KONTYNUUJĄCE NAUKĘ**

Oświadczam, że:

1. .... obecnie uczy się w.....  
(imię i nazwisko dziecka)

..... na.....roku nauki.  
(nazwa szkoły)

2. .... obecnie uczy się w.....  
(imię i nazwisko dziecka)

..... na.....roku nauki.  
(nazwa szkoły)

3. .... obecnie uczy się w.....  
(imię i nazwisko dziecka)

..... na.....roku nauki.  
(nazwa szkoły)

Zostałem/am poinformowany/a:

- że warunkiem zgłoszenia członka rodziny do ubezpieczenia zdrowotnego jest posiadanie numeru PESEL;
- o obowiązku zgłoszenia kontynuacji nauki przez dziecko, które ukończyło 18 lat;
- o obowiązku zgłoszenia ukończenia nauki przez dziecko/dzieci lub o jej przerwaniu, w celu wyrejestrowania z ubezpieczenia zdrowotnego;
- że prawo do świadczeń opieki zdrowotnej dla osób, które ukończyły szkołę:
  - ponadgimnazjalną- wygasa po upływie 6 miesięcy od dnia zakończenia nauki albo skreślenia z listy uczniów;
  - wyższą- wygasa po upływie 4 miesięcy od dnia zakończenia nauki albo skreślenia z listy studentów.

Oświadczam, że dane zawarte w formularzu są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym, a o wszelkich zmianach zobowiązuję się poinformować Powiatowy Urząd Pracy w Mogilnie w ciągu 7 dni od dnia zaistnienia danych okoliczności.

Jestem świadomy/a odpowiedzialności karnej z art.233§1 KK, który za składanie fałszywych zeznań przewiduje karę pozbawienia wolności.

.....  
MIEJSCOWOŚĆ, DATA

.....  
PODPIS