

Pan/Pani

Zam.

data miejscowość

Wniosek pracownika (ubezpieczonego)

Proszę o zgłoszenie do ubezpieczenia zdrowotnego – NFZ następujących członków mojej rodziny:

Lp.	Imię i nazwisko	Data urodzenia	PESEL	Miejsce zamieszkania*	Stopień pokrewieństwa członka rodziny z pracownikiem (wpisać np. syn, córka, mąż, żona)	Czy członek rodziny pozostaje z pracownikiem we wspólnym gospodarstwie domowym? (wpisać TAK lub NIE)	Czy członek rodziny posiada stopień niepełnosprawności? (wpisać TAK lub NIE)
1.							
2.							
3.							

*: jeśli adres członka rodziny jest taki sam jak pracownika, prosimy zapisać adnotację: „jak wyżej”, a jeśli inny to prosimy wpisać adres w rubryce

.....
data i podpis pracownika

INFORMACJA

Na pracodawcy ciąży obowiązek zgłoszenia do ubezpieczenia zdrowotnego członków rodziny pracownika. Pracownik powinien poinformować pracodawcę o członkach rodziny niepodlegających ubezpieczeniu zdrowotnemu z innego tytułu. Za członka rodziny, zgodnie z przepisami ustawy o NFZ, rozumie się następujące osoby niepodlegające temu ubezpieczeniu z innego tytułu, tj.:

1. 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 lat, a jeżeli kształci się dalej – do ukończenia 26 lat, natomiast jeżeli posiada niepełnosprawności lub inne traktowane na równi – bez ograniczenia wieku,
2. małżonka,
3. wstępnych pozostających z ubezpieczonym we wspólnym, gospodarstwie domowym.

Zgłoszenia członków rodziny płatnik składać dokonuje poprzez złożenie w ZUS formularza:

- ZUS ZCNA – „Zgłoszenie danych o członkach rodziny dla celów ubezpieczenia zdrowotnego”.

Płatnik składać zgłasza do ubezpieczenia zdrowotnego członków rodziny pracownika pod warunkiem, że stosownego zgłoszenia nie dokonał współmałżonek pracownika.