

**Wniosek o:
zgłoszenie do ubezpieczenia zdrowotnego /
wyrejestrowanie z ubezpieczenia zdrowotnego
członków rodziny świadczeniobiorcy**

Instrukcja wypełniania

Wypełnij ten formularz, jeśli chcesz:

- zgłosić członków rodziny do ubezpieczenia zdrowotnego lub
- wyrejestrować członków rodziny z ubezpieczenia zdrowotnego.

Zanim wypełnisz wniosek, zapoznaj się z dołączoną do niego Informacją

1. Wypełnij WIELKIMI LITERAMI
2. Pola wyboru zaznacz znakiem **X**
3. Wypełnij kolorem czarnym lub niebieskim (nie ołówkiem)

Twoje dane

PESEL

Rodzaj, seria i numer dokumentu
potwierdzającego tożsamość

Podaj, jeśli nie masz nadanego numeru PESEL

Imię

Nazwisko

Data urodzenia

dd / mm / rrrr

Płeć

(K – kobieta/ M – mężczyzna)

Ta informacja pomoże nam zidentyfikować Cię.
To pole jest dobrowolne

NFZ

 R

Wpisz kod oddziału wojewódzkiego NFZ właściwego ze względu na miejsce zamieszkania na terytorium RP (kody znajdziesz w Informacji). Jeśli Twoje miejsce zamieszkania nie znajduje się w Polsce, wpisz oddział właściwy według ostatniego miejsca zamieszkania na terytorium RP

Ulica

Numer domu

Numer lokalu

Kod pocztowy

Miejscowość

Nazwa państwa

Podaj, jeśli Twój adres jest inny niż polski

Numer telefonu

Jeśli podasz tę informację, ułatwi nam to kontakt w Twojej sprawie.
To pole jest dobrowolne

Dane dotyczące świadczenia

Podaj placówkę ZUS, która wypłaca świadczenie, oraz numer sprawy

Zakres wniosku

Wnoszę o:

zgłoszenie członków rodziny, którzy spełniają warunki ustawowe, do ubezpieczenia zdrowotnego

wyrejestrowanie członków rodziny z ubezpieczenia zdrowotnego

Dane członka rodziny – 1

PESEL

Rodzaj, seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość

Podaj, jeśli członek rodziny nie ma nadanego numeru PESEL

Imię

Nazwisko

Data urodzenia

dd / mm / rrrr

Stopień pokrewieństwa/ powinowactwa

Data uzyskania uprawnień do ubezpieczenia zdrowotnego

dd / mm / rrrr

Ważne! Podaj, jeśli zgłaszasz członka rodziny do ubezpieczenia zdrowotnego. Podaj datę okoliczności, które spowodowały konieczność tego zgłoszenia, jednak nie wcześniejszą od dnia, gdy nabyłeś uprawnienia do świadczenia emerytalno-rentowego

Data utraty uprawnień do ubezpieczenia zdrowotnego

dd / mm / rrrr

Ważne! Podaj, jeśli wyrejestrowujesz członka rodziny z ubezpieczenia zdrowotnego. Podaj datę okoliczności, które spowodowały konieczność wyrejestrowania z ubezpieczenia zdrowotnego

Adres zamieszkania członka rodziny – podaj, jeżeli jest inny niż Twój adres zamieszkania

Ulica

Numer domu

Numer lokalu

Kod pocztowy

Miejscowość

Nazwa państwa

Podaj, jeśli adres jest inny niż polski

Zgłaszana osoba ma znaczny stopień niepełnosprawności

Zaznacz znakiem **X**, gdy zgłaszana osoba ma ważne orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności lub inne traktowane na równi

Dane członka rodziny – 2

PESEL

Rodzaj, seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość
Podaj, jeśli członek rodziny nie ma nadanego numeru PESEL

Imię

Nazwisko

Data urodzenia
dd / mm / rrrr

Stopień pokrewieństwa/ powinowactwa

Data uzyskania uprawnień do ubezpieczenia zdrowotnego
dd / mm / rrrr
Ważne! Podaj, jeśli zgłaszasz członka rodziny do ubezpieczenia zdrowotnego. Podaj datę okoliczności, które spowodowały konieczność tego zgłoszenia, jednak nie wcześniejszą od dnia, gdy nabyłeś uprawnienia do świadczenia emerytalno-rentowego

Data utraty uprawnień do ubezpieczenia zdrowotnego
dd / mm / rrrr
Ważne! Podaj, jeśli wyrejestrowujesz członka rodziny z ubezpieczenia zdrowotnego. Podaj datę okoliczności, które spowodowały konieczność wyrejestrowania z ubezpieczenia zdrowotnego

Adres zamieszkania członka rodziny – podaj, jeżeli jest inny niż Twój adres zamieszkania

Ulica

Numer domu Numer lokalu

Kod pocztowy Miejscowość

Nazwa państwa
Podaj, jeśli adres jest inny niż polski

Zgłaszana osoba ma znaczny stopień niepełnosprawności

Zaznacz znakiem **X**, gdy zgłaszana osoba ma ważne orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności lub inne traktowane na równi

Dane członka rodziny – 3

PESEL

Rodzaj, seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość
Podaj, jeśli członek rodziny nie ma nadanego numeru PESEL

Imię

Nazwisko

Data urodzenia
dd / mm / rrrr

Stopień pokrewieństwa/ powinowactwa

Data uzyskania uprawnień
do ubezpieczenia zdrowotnego

--	--	--	--	--	--	--	--

dd / mm / rrrr

Ważne! Podaj, jeśli zgłaszasz członka rodziny do ubezpieczenia zdrowotnego. Podaj datę okoliczności, które spowodowały konieczność tego zgłoszenia, jednak nie wcześniejszą od dnia, gdy nabyłeś uprawnienia do świadczenia emerytalno-rentowego

Data utraty uprawnień
do ubezpieczenia zdrowotnego

--	--	--	--	--	--	--	--

dd / mm / rrrr

Ważne! Podaj, jeśli wyrejestrowujesz członka rodziny z ubezpieczenia zdrowotnego. Podaj datę okoliczności, które spowodowały konieczność wyrejestrowania z ubezpieczenia zdrowotnego

Adres zamieszkania członka rodziny – podaj, jeżeli jest inny niż Twój adres zamieszkania

Ulica

Numer domu

Numer lokalu

Kod pocztowy

Miejscowość

Nazwa państwa

Podaj, jeśli adres jest inny niż polski

Zgłaszana osoba ma znaczny stopień niepełnosprawności

Zaznacz znakiem **X**, gdy zgłaszana osoba ma ważne orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności lub inne traktowane na równi

Oświadczenie

Oświadczam, że dane zawarte we wniosku podaję zgodnie z prawdą, co potwierdzam złożonym podpisem.

Data

--	--	--	--	--	--	--	--

dd / mm / rrrr

Czytelny podpis

Informacje, o których mowa w art. 13 ust. 1 i 2 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (RODO), są dostępne w centrali lub terenowych jednostkach organizacyjnych ZUS oraz na stronie internetowej ZUS pod adresem: <https://bip.zus.pl/rodo>

INFORMACJA

do wniosku o zgłoszenie do ubezpieczenia zdrowotnego/ wyrejestrowanie z ubezpieczenia zdrowotnego członków rodziny świadczeniobiorcy

Co załatwisz tym wnioskiem

Gdy złożysz ten wniosek, to w zależności od Twojego wniosku:

- zgłosimy do ubezpieczenia zdrowotnego wskazanych członków rodziny albo
- wyrejestrujemy z ubezpieczenia zdrowotnego wskazanych członków rodziny, których poprzednio zgłosiłeś.

Członkami rodziny są:

- dziecko własne, dziecko małżonka, dziecko przysposobione, wnuk albo dziecko obce, dla którego ustanowiono opiekę, albo dziecko obce w ramach rodziny zastępczej lub rodzinnego domu dziecka, do ukończenia przez nie 18 lat, a jeżeli kształci się dalej – do ukończenia 26 lat, natomiast jeżeli posiada orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności lub inne traktowane na równi – bez ograniczenia wieku,
- małżonek,
- wstępni (np. ojciec, matka, dziadek, babka) pozostający z Tobą we wspólnym gospodarstwie domowym, jeżeli nie podlegają obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego, nie są uprawnieni do świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie przepisów o koordynacji oraz mieszkają na terytorium państwa członkowskiego Unii Europejskiej (UE) lub Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu (EFTA) albo terytorium Wielkiej Brytanii.

Jaki kod wpisać w pole NFZ

Oddział wojewódzki NFZ, który obsługuje Twoje sprawy	Kod oddziału, który należy wpisać w pole NFZ
Dolnośląski	01
Kujawsko-Pomorski	02
Lubelski	03
Lubuski	04
Łódzki	05
Małopolski	06
Mazowiecki	07
Opolski	08

Oddział wojewódzki NFZ, który obsługuje Twoje sprawy	Kod oddziału, który należy wpisać w pole NFZ
Podkarpacki	09
Podlaski	10
Pomorski	11
Śląski	12
Świętokrzyski	13
Warmińsko-Mazurski	14
Wielkopolski	15
Zachodniopomorski	16

O czym powinieneś nas powiadomić

Jeśli zgłosiłeś do ubezpieczenia zdrowotnego członków rodziny, powinieneś nas poinformować o wszelkich zmianach danych, które podajesz we wniosku, oraz o okolicznościach, które spowodowały ustanie statusu członka rodziny. W szczególności powiadom nas, gdy członek rodziny uzyska inny tytuł do ubezpieczenia zdrowotnego (np. jeżeli podjął zatrudnienie na podstawie umowy o pracę, uzyskał status osoby bezrobotnej). O zmianach powiadom nas w terminie 7 dni od ich zaistnienia.

Ważne! Jeśli zmieni się Twój adres, zarówno w toku postępowania, jak i po jego zakończeniu, masz obowiązek zawiadomić o tym fakcie ZUS. Jeśli nie dopełnisz tego obowiązku, doręczenie pisma pod dotychczasowym adresem ma skutek prawny.

Jak się z nami skontaktować

Jeśli masz pytania lub wątpliwości, skontaktuj się z nami:

- bezpośrednio w każdej naszej placówce na sali obsługi klientów (także podczas e-wizyty; więcej informacji znajdziesz na www.zus.pl/e-wizyta),
- telefonicznie przez Centrum Obsługi Telefonicznej (COT) – w dni robocze od poniedziałku do piątku w godzinach 7.00–18.00 – pod numerem **22 560 16 00** (opłata za połączenie zgodnie z cennikiem Twojego operatora).

Podstawa prawna

Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.