

**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.

1. Wypełnij WIELKIMI LITERAMI
2. Wypełnij kolorem czarnym lub niebieskim (nie ołówkiem)
3. Pola wyboru zaznacz znakiem **X**
4. Zanim wypełnisz wniosek, zapoznaj się z dołączoną do niego Informacją

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)

Informacja, która ułatwi nam
zidentyfikowanie 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

Gmina/ dzielnica

Nazwa państwa

Podaj, jeśli Twój adres jest inny niż polski

Numer telefonu

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

Dane dotyczące świadczenia

Podaj placówkę ZUS, która wypłaca świadczenie, oraz numer świadczenia

Zakres wniosku

Wnoszę o:

zgłoszenie do ubezpieczenia zdrowotnego członków rodziny

wyrejestrowanie z ubezpieczenia zdrowotnego członków rodziny

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

Gmina/ dzielnica

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

Gmina/ dzielnica

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

Gmina/ dzielnica

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 wykazani wyżej członkowie rodziny spełniają warunki ustawowe do zgłoszenia do ubezpieczenia zdrowotnego.

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 (organ rentowy). 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 (Dz.U. z 2021 r. poz. 1258, z późn. zm.).