**ZGŁOSZENIE DANYCH O CZŁONKACH RODZINY**

**DO UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO**

*Należy wypełnić czytelnie*

**I. Nazwisko i imię osoby ubezpieczonej (studenta):**

**……………………………………………………**

**II. DANE IDENTYFIKACYJNE CZŁONKA RODZINY OSOBY UBEZPIECZONEJ UPRAWNIONEGO DO ŚWIADCZEŃ Z UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nazwisko | Imię | Data urodzenia (dd/mm/rrrr) |
| PESEL | Paszport (dot. cudzoziemców) |  |

**III.** Stopień pokrewieństwa/powinowactwa \* …………………………………………………

*\* Za członka rodziny w myśl ustawy rozumie się: a) dziecko własne, dziecko małżonka, dziecko przysposobione, wnuka albo dziecko obce, dla którego ustanowiono opiekę, dziecko obce w ramach rodziny zastępczej, b) małżonka, c) wstępnych (rodzice, dziadkowie, pradziadkowie) pozostających z ubezpieczonym we wspólnym gospodarstwie domowym;*

**IV.** Stopień niepełnosprawności (jeśli dotyczy)………………………………………………………..

**V. ADRES ZAMIESZKANIA** (wpisać, jeśli adres zamieszkania jest inny niż adres zamieszkania ubezpieczonego)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Kraj | Województwo | Powiat |
| Gmina | Ulica /osiedle | Nr domu | Nr lokalu |
| Miejscowość | Kod pocztowy | Poczta |

Oświadczam, że dane zawarte w formularzu są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym. Jestem świadomy (-ma) odpowiedzialności karnej za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy.

**Oświadczam, że zgłaszany przez mnie członek rodziny pozostaje ze mną we wspólnym gospodarstwie domowym w rozumieniu ustawy o świadczeniach zdrowotnych.**

……………………… ……………………………

 data podpis osoby ubezpieczonej