

.....
 (imię i nazwisko)

.....
 (PESEL)

OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO

Obowiązkowemu ubezpieczeniu zdrowotnemu podlegają bezrobotni nie podlegający ubezpieczeniu z innego tytułu. Osoba podlegająca obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego ma obowiązek zgłosić do ubezpieczenia zdrowotnego członków rodziny, o których mowa w art. 3 ust. 2 pkt 5 i 6. Osoby, które nie zgłaszają się do ubezpieczenia zdrowotnego same, informują podmiot właściwy do dokonania zgłoszenia do ubezpieczenia zdrowotnego o członkach rodziny podlegających zgłoszeniu do ubezpieczenia zdrowotnego, w terminie 7 dni od dnia zaistnienia okoliczności powodujących konieczność dokonania zgłoszenia. Członkowie rodziny uzyskują prawo do świadczeń opieki zdrowotnej od dnia zgłoszenia do ubezpieczenia zdrowotnego (art. 66 ust. 1 pkt 24 art. 67 ust. 3 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych – tekst jednolity Dz. U. z 2019 r. poz. 1373 ze zm).

OŚWIADCZAM, ŻE NIE PODLEGAM UBEZPIECZENIU ZDROWOTNEMU Z INNEGO TYTUŁU * TAK NIE

OŚWIADCZAM, ŻE PODLEGAM UBEZPIECZENIU ZDROWOTNEMU Z INNEGO TYTUŁU* TAK NIE

.....
 (proszę podać z jakiego tytułu np.: renta, gospodarstwo rolne do 2 ha przeliczeniowych)

Zgłaszam do ubezpieczenia zdrowotnego niżej wymienionych członków rodziny (w przypadku ukończenia przez dziecko 18 lat proszę dołączyć zaświadczenie o kontynuowaniu nauki lub kserokopie podstemplowanej legitymacji ucznia/ studenta)

.....
 (imię i nazwisko, data urodzenia, PESEL, stopień pokrewieństwa)

.....
 (imię i nazwisko, data urodzenia, PESEL, stopień pokrewieństwa)

.....
 (imię i nazwisko, data urodzenia, PESEL, stopień pokrewieństwa)

.....
 (imię i nazwisko, data urodzenia, PESEL, stopień pokrewieństwa)

Przyjąłem/am do wiadomości fakt, że w sytuacji podleganiu ubezpieczeniu zdrowotnemu z innego tytułu składka zdrowotna nie będzie opłacana przez urząd pracy. Zobowiązuję się niezwłocznie informować o wszelkich zmianach mających wpływ na treść złożonego przeze mnie oświadczenia.

Gostynin dnia,.....

.....
 (podpis bezrobotnego)

* proszę o zaznaczenie właściwej odpowiedzi