

Pan/Pani.....

.....  
(miejscowość, data)

Zam.....

.....

### Wniosek pracownika (ubezpieczonego)

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

L.p.	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							
4							

.....  
(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 kształdzi się dalej – do ukończenia 26 lat, natomiast jeżeli posiada orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności lub inne traktowane na równi – bez ograniczenia wieku,

2. małżonka,

3. wspólnych pozostających z ubezpieczonym we wspólnym gospodarstwie domowym.

Zgłoszenia członków rodziny płatnik składek dokonuje poprzez złożenie w ZUS formularza: - ZUS ZCNA – „Zgłoszenie danych o członkach rodziny dla celów ubezpieczenia zdrowotnego”.

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