

Uwaga: Należy wypełniać czytelnie pismem maszynowym lub odręcznie drukowanymi literami

1. DANE OSOBY OKREŚLONEJ W PUNKCIE 2 FORMULARZA E109			
1.1 Nazwisko	1.2 Imię (imiona)	1.3 Nazwisko rodowe	
1.4 Data urodzenia (dd/mm/rrrr)	1.5 Obywatelstwo	1.6 PESEL / inny nr identyfikacyjny ¹	
1.7 Adres miejsca zamieszkania			
Miejscowość	Kod pocztowy	Telefon kontaktowy	
Ulica	Nr domu	Nr lokalu	
2. DANE CZŁONKÓW RODZINY NIE POSIADAJĄCYCH UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO W POLSCE ²			
Oświadczam, iż poniżej wymienieni członkowie rodziny posiadają miejsce zamieszkania w Polsce ³:			
1.			
Nazwisko	Imię (imiona)	Data urodzenia (dd, mm, rrrr)	PESEL/ inny nr identyfikacyjny ¹
Adres zamieszkania w Polsce			Zgłoszenie jako ⁴
			<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3
Miejscowość	Kod	Ulica	Nr domu Nr lokalu
2.			
Nazwisko	Imię (imiona)	Data urodzenia (dd, mm, rrrr)	PESEL/ inny nr identyfikacyjny ¹
Adres zamieszkania w Polsce			Zgłoszenie jako ⁴
			<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3
Miejscowość	Kod	Ulica	Nr domu Nr lokalu
3.			
Nazwisko	Imię (imiona)	Data urodzenia (dd, mm, rrrr)	PESEL/ inny nr identyfikacyjny ¹
Adres zamieszkania w Polsce			Zgłoszenie jako ⁴
			<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3
Miejscowość	Kod	Ulica	Nr domu Nr lokalu

Oświadczam, że wszystkie dane zawarte w formularzu są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym. Jednocześnie zobowiązuję się do niezwłocznego informowania Funduszu o zmianach jakie nastąpią w trakcie trwania ubezpieczenia. Jestem świadoma/y odpowiedzialności prawnej za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy

W przypadku konieczności ustalenia właściwego ustawodawstwa zwracam się z prośbą o wydanie decyzji w tej sprawie zgodnie z art.109 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004r., o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. Nr 210, poz.2135 z późn. zm.).

.....
Data wypełnienia wniosku (dd/ mm/ rrrr)

.....
Czytelny podpis

¹ Należy wpisać nr PESEL, a w przypadku gdy osobie uprawnionej nie nadano tego numeru i numer dowodu osobistego lub paszportu, albo nazwę i numer identyfikacyjny dokumentu, na podstawie którego ustalono dane osobowe

² Miejscem zamieszkania osoby fizycznej jest miejscowość, w której osoba ta przebywa z zamiarem stałego pobytu oraz można mieć tylko jedno miejsce zamieszkania zgodnie z treścią art. 25 | 28 Kodeksu Cywilnego (Dz.U. z 1964r., nr 64, poz 16, z późn. zm.)

³ Zgodnie z Ustawą o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. nr 210, poz. 2135 z późn.zm.)

⁴ Członek rodziny jest uprawiony do zarejestrowania na formularzu jako:

1. dziecko własne, dziecko małżonka, dziecko przysposobione, wnuk albo dziecko obce, dla którego ustanowiono opiekę, albo dziecko obce w ramach rodziny zastępczej,
 - do ukończenia 18 lat,
 - do ukończenia 26 lat (jeżeli kształci się dalej),
 - bez ograniczenia wieku, ponieważ posiada orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności lub inne traktowane na równi
2. małżonek
3. krewny wstępny pozostający we wspólnym gospodarstwie domowym

W przypadku zgłoszenia członków rodziny uprzejmie prosimy dołączyć:

- dla pełnoletnich uczących się dzieci - zaświadczenie ze szkoły, uczeń
- dla dzieci niepełnosprawnych bez ograniczenia wieku -orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności lub inne traktowane na równi
- dla krewnych wstępnych (rodzice, dziadkowie) - oświadczenie o pozostawaniu we wspólnym gospodarstwie domowym