

Uwaga: Należy wypełniać czytelnie pismem maszynowym lub odręcznie drukowanymi literami

1. DANE OSOBY WNIOSKUJĄCEJ O REJESTRACJĘ CZŁONKÓW RODZINY NA PODSTAWIE FORMULARZA E		
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 <input type="checkbox"/> Oświadczam, iż posiadam w Polsce miejsce zamieszkania pod następującym adresem ² : <input type="checkbox"/> Oświadczam, iż nie posiadam w Polsce miejsca zamieszkania. Adres miejsca zamieszkania zagranicą ³ :		
Miejscowość	Kod pocztowy	Telefon kontaktowy
Ulica	Nr domu	Nr lokalu
1.8 Tytuł /-y/ do ubezpieczenia osoby uprawnionej, której dane zawarte są na formularzu E 106, E 120, E 121 w pozycji 2 <input type="checkbox"/> nie podlega obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego w Polsce ⁴ <input type="checkbox"/> dobrowolnie ubezpieczony <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie		
podlega obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego w Polsce z tytułu: <input type="checkbox"/> pracownik <input type="checkbox"/> osoba pracująca na własny rachunek <input type="checkbox"/> bezrobotny <input type="checkbox"/> członek rodziny <input type="checkbox"/> emeryt <input type="checkbox"/> inne (jakie?) <input type="checkbox"/> rencista		
1.9 zgłaszam uprawnionych członków rodziny do rejestracji <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie		

2. DANE CZŁONKÓW RODZINY NIE POSIADAJĄCYCH UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO W POLSCE⁴				
Oświadczam, iż poniżej wymienieni członkowie rodziny posiadają miejsce zamieszkania w Polsce²:				
Nazwisko		Imię (imiona)	Data urodzenia (dd, mm, rrrr)	PESEL / inny nr identyfikacyjny ¹
1. Adres zamieszkania w Polsce <input type="checkbox"/> taki sam jak osoby rejestrującej (1.7) <input type="checkbox"/> inny niż osoby rejestrującej				Zgłoszenie jako ⁵ <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3
Miejscowość		Kod pocztowy	Ulica	Nr domu
				Nr lokalu
Nazwisko		Imię (imiona)	Data urodzenia (dd, mm, rrrr)	PESEL / inny nr identyfikacyjny ¹
2. Adres zamieszkania w Polsce <input type="checkbox"/> taki sam jak osoby rejestrującej (1.7) <input type="checkbox"/> inny niż osoby rejestrującej				Zgłoszenie jako ⁵ <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3
Miejscowość		Kod pocztowy	Ulica	Nr domu
				Nr lokalu
Nazwisko		Imię (imiona)	Data urodzenia (dd, mm, rrrr)	PESEL / inny nr identyfikacyjny ¹
3. Adres zamieszkania w Polsce <input type="checkbox"/> taki sam jak osoby rejestrującej (1.7) <input type="checkbox"/> inny niż osoby rejestrującej				Zgłoszenie jako ⁵ <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3
Miejscowość		Kod pocztowy	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 W przypadku, gdy formularz E 106 został wydany dla członka rodziny „osoby bezrobotnej” lub gdy formularz E 121 został wydany dla członka rodziny „emeryta/rencisty” zamieszkującego w innym niż Polska państwie UE/EOG.

⁴ Zgodnie z Ustawą o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. nr 210, poz. 2135 z późn.zm.)

⁵ Członek rodziny jest uprawniony 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, uczelni
- 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