

Pińczów, dnia

.....
(imię i nazwisko)

.....
(adres zamieszkania)

OŚWIADCZENIE

Pouczony/a o odpowiedzialności karnej z art. 233 § 1 Kodeksu karnego oświadczam, że podlegam obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego:

- w KRUS jako rolnik, współmałżonek rolnika lub domownik w gospodarstwie rolnym o powierzchni powyżej 1 ha przeliczeniowego

- z tytułu pobierania renty rodzinnej

- a innego tytułu (za wyjątkiem ubezpieczenia przy małżonku lub u rodzica w związku z kształceniem się

do 26 roku życia)
(wymień tytuł)

Wniosuję o zgłoszenie do ubezpieczenia zdrowotnego członków mojej rodziny:

Za członków rodziny uważa się:

a) dziecko własne, dziecko małżonka, dziecko przysposobione, wnuka albo dziecko obce, dla którego ustanowiono opiekę, albo dziecko obce w ramach rodziny zastępczej lub rodzinnego domu dziecka, do ukończenia przez nie 18 lat, a jeżeli kształci się dalej – do ukończenia 26 lat, natomiast jeżeli posiada orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności lub inne traktowane na równi – bez ograniczenia wieku,

b) małżonka

c) wstępnych pozostających z ubezpieczonym we wspólnym gospodarstwie domowym.

Lp.	Imię i nazwisko	Pokrewieństwo	Data urodzenia	PESEL	Adres zamieszkania	niepełnosprawność

Zostałem/am poinformowany/a, że zgłaszane do ubezpieczenia zdrowotnego niepełnoletnie dzieci lub wnuki, zostaną objęte tym ubezpieczeniem do dnia, w którym ukończą 18 lat. W celu przedłużenia ubezpieczenia należy przedłożyć zaświadczenie potwierdzające dalszą naukę.

Zobowiązuje się do powiadomienia tutaj Urzędu o wszelkich okolicznościach mających wpływ na powstanie lub ustanie tytułu do ubezpieczenia zdrowotnego oraz utratę statusu członka rodziny osoby ubezpieczonej, w szczególności nabycie tytułu do ubezpieczenia zdrowotnego przez zgłoszonych członków rodziny oraz zakończenie przez dzieci nauki, w terminie 7 dni od dnia zaistnienia tych okoliczności.

.....
(podpis pracownika urzędu)

.....
(podpis bezrobotnego)

* - wpisać właściwą odpowiedź TAK lub NIE