

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	Oświadczam, iż posiadam w Polsce miejsce zamieszkania pod następującym adresem² :			
	Oświadczam, iż nie posiadam w Polsce miejsca zamieszkania. Adres miejsca zamieszkania zagranicą³ :			
	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 lub E 121 w pozycji 2			
	<input type="checkbox"/> nie podlega obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego w Polsce **		podlega obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego w Polsce z tytułu:	
	dobrowolnie ubezpieczony <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie		<input type="checkbox"/> pracownik <input type="checkbox"/> bezrobotny <input type="checkbox"/> emeryt <input type="checkbox"/> rencista	<input type="checkbox"/> osoba pracująca na własny rachunek <input type="checkbox"/> członek rodziny <input type="checkbox"/> inne (jakie?)
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 POLSCE ⁴				
Oświadczam, iż poniżej wymienieni członkowie rodziny posiadają miejsce zamieszkania w Polsce² :				
1.	Nazwisko	Imię (imiona)	Data urodzenia (dd, mm, rrrr)	PESEL / inny nr identyfikacyjny ¹
	Adres zamieszkania w Polsce <input type="checkbox"/> taki sam jak osoby rejestrującej (1.7)			Zgłoszenie jako ⁵ <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3
	<input type="checkbox"/> inny niż osoby rejestrującej	Miejscowość	Kod pocztowy	Ulica
			Nr domu	Nr lokalu
2.	Nazwisko	Imię (imiona)	Data urodzenia (dd, mm, rrrr)	PESEL / inny nr identyfikacyjny ¹
	Adres zamieszkania w Polsce <input type="checkbox"/> taki sam jak osoby rejestrującej (1.7)			Zgłoszenie jako ⁵ <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3
	<input type="checkbox"/> inny niż osoby rejestrującej	Miejscowość	Kod pocztowy	Ulica
			Nr domu	Nr lokalu
3.	Nazwisko	Imię (imiona)	Data urodzenia (dd, mm, rrrr)	PESEL / inny nr identyfikacyjny ¹
	Adres zamieszkania w Polsce <input type="checkbox"/> taki sam jak osoby rejestrującej (patrz pozycja 1.7)			Zgłoszenie jako ⁵ <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3
	<input type="checkbox"/> inny niż osoby rejestrującej	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 – serię 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 i 28

Kodeksu Cywilnego (Dz. U. z 1993r., 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” zamieszkuje w innym niż

Polska państwie UE/EOG.

⁴ Zgodnie z ustawą z dnia 27 sierpnia 2004r. 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