

**Uwaga: Należy wypełniać czytelnie pismem maszynowym lub odręcznie drukowanymi literami**

| 1. DANE OSOBY OKREŚLONEJ W PUNKCIE 2 FORMULARZA E 109  |  |  |   |
|--|--|--|---|
| 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 <sup>1</sup> |   |
| <b>1.7 Adres miejsca zamieszkania:</b>   |  |  |   |
| Miejscowość  | Kod pocztowy   | Telefon kontaktowy                               |   |
| Ulica  | Nr domu  | Nr lokalu  |   |
| 2. DANE CZŁONKÓW RODZINY NIE POSIADAJĄCYCH UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO W POLSCE <sup>2</sup>                       |  |  |   |
| <b>Oświadczam, iż poniżej wymienieni członkowie rodziny posiadają miejsce zamieszkania w Polsce<sup>3</sup>:</b> |  |  |   |
| 1.   | Nazwisko   | Imię (imiona)                                    | Data urodzenia (dd, mm, rrrr)               |
|  | Adres zamieszkania w Polsce  |  | PESEL/ inny nr identyfikacyjny <sup>1</sup> |
|  | Zgłoszenie jako <sup>4</sup><br><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)               |
|  | Adres zamieszkania w Polsce  |  | PESEL/ inny nr identyfikacyjny <sup>1</sup> |
|  | Zgłoszenie jako <sup>4</sup><br><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)               |
|  | Adres zamieszkania w Polsce  |  | PESEL/ inny nr identyfikacyjny <sup>1</sup> |
|  | Zgłoszenie jako <sup>4</sup><br><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 zobowiązuje 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

<sup>1</sup> 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

<sup>2</sup> 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.)

<sup>3</sup> 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.)

<sup>4</sup> 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