Część A

.....
(numer wniosku *(wypełnia kasa chorych)*)

.....
(data wpływu wniosku *(wypełnia kasa chorych)*)

.....
(imię i nazwisko wnioskodawcy)

.....
(adres zamieszkania)

.....
(nazwa kasy chorych)

.....
(adres)

WNIOSEK O OBJĘCIE UBEZPIECZENIEM ZDROWOTNYM W INNEJ KASIE CHORYCH

Składam wniosek o objęcie mnie ubezpieczeniem zdrowotnym

w .....
(nazwa kasy chorych)

Informuję, iż dotychczas byłem (-am) członkiem .....
(nazwa kasy chorych)

.....
(podpis wnioskodawcy)

....., dnia ..... 200... r.
(miejscowość)

Część B (*należy wypełnić na maszynie, komputerowo albo ręcznie dużymi drukowanymi literami*)

I. Dane wnioskodawcy

1. Imię (imiona)

2. Nazwisko

3. Nazwisko rodowe

4. Płeć (*należy skreślić niewłaściwą odpowiedź*)

K	M

5. Data urodzenia

rok *miesiąc* *dzień*

6. Numer PESEL

7. Numer NIP - w przypadku osób, którym nadano ten numer

- -

8. Rodzaj i numer dowodu tożsamości *(w przypadku osób, które nie mają nadanego numeru PESEL i numeru NIP)*

....

rodzaj dowodu tożsamości *organ, który wydał dowód tożsamości*

seria i numer dowodu tożsamości

9. Obywatelstwo (*proszę skreślić niewłaściwą odpowiedź*)

POLSKIE	INNE

10. Status cudzoziemca *(wypełnia osoba nieposiadająca obywatelstwa polskiego; proszę zakreślić literę przy właściwej odpowiedzi):*

a) cudzoziemiec przebywający na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej na podstawie wizy pobytowej z prawem do pracy;
b) cudzoziemiec przebywający na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej na podstawie karty stałego pobytu;
c) cudzoziemiec przebywający na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej na podstawie karty czasowego pobytu;
d) cudzoziemiec będący studentem lub słuchaczem studiów doktoranckich, który studiuje w Rzeczypospolitej Polskiej;
e) cudzoziemiec będący członkiem zakonu, alumnem wyższego seminarium duchownego lub teologicznego, postulantem, nowicjuszem lub juniorystą zakonu lub jego odpowiednika, przebywający na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej na podstawie wizy pobytowej albo posiadający kartę stałego pobytu lub kartę czasowego pobytu.

.....

nazwa dokumentu potwierdzającego status cudzoziemca

seria *numer*

.....

organ wydający dokument

Data wydania

rok *miesiąc* *dzień*

Data ważności dokumentu

rok *miesiąc* *dzień*

11. Adres zamieszkania

		-																																	

kod pocztowy *miejscowość*

gmina

województwo

ulica *nr domu* *nr lokalu*

12. Adres do korespondencji

		-																																	

kod pocztowy *miejscowość*

gmina

województwo

ulica *nr domu* *nr lokalu*

13. Stopień niepełnosprawności.....

14. Czy posiada Pan(i) uprawnienia, o których mowa w art. 43 oraz art. 44 ust. 1 i 2 ustawy z dnia 6 lutego 1997 r. o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym albo szersze uprawnienia do świadczeń zdrowotnych lub środków farmaceutycznych niż wynikające z tej ustawy, na podstawie odrębnych przepisów? *(wypełniają osoby będące zasłużonymi honorowymi dawcami krwi, inwalidzi wojskowi, osoby, które doznały uszczerbku na zdrowiu w okolicznościach określonych w art. 7 i 8 ustawy z dnia 29 maja 1974 r. o zaopatrzeniu inwalidów wojennych i wojskowych oraz ich rodzin (Dz. U. z 1983 r. Nr 13, poz. 68 z późn. zm.) i nie zostały zaliczone do żadnej z grup inwalidów, osoby wymienione w art. 42 i 59 tej ustawy oraz inwalidzi wojenni, ich współmałżonkowie pozostający na ich wyłącznym utrzymaniu, a także wdowy i wdowcy po poległych żołnierzach i zmarłych inwalidach wojennych uprawnieni do renty rodzinnej albo osoby posiadające szersze uprawnienia do świadczeń zdrowotnych lub środków farmaceutycznych niż wynikające z ustawy o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym, na podstawie odrębnych przepisów)*

(proszę skreślić niewłaściwą odpowiedź)

TAK	NIE

Jeżeli TAK , proszę o podanie:

.....

nazwa dokumentu potwierdzającego uprawnienia

seria *numer*

.....

organ wydający dokument

Data wydania

rok *miesiąc* *dzień*

Data ważności dokumentu

rok *miesiąc* *dzień*

15. Informacja o liczbie wypełnionych formularzy B.III. .....

II. Dane dotyczące aktualnej kasy chorych i płatnika składki przekazującego wniosek

1. Kasa chorych, której wnioskodawca jest członkiem

nazwa kasy chorych

2. Data wstąpienia do kasy chorych

rok *miesiąc* *dzień*

3. Płatnik składki przekazujący wniosek

imię i nazwisko (nazwa)

kod pocztowy *miejscowość*

ulica *nr domu* *nr lokalu*

nr telefonu *nr faksu*

numer NIP

III. Dane o członkach rodziny wnioskodawcy uprawnionych do korzystania ze świadczeń zdrowotnych *(formularz ten należy wypełnić w liczbie odpowiadającej liczbie członków rodziny wnioskodawcy uprawnionych do korzystania ze świadczeń zdrowotnych)*

1. Imię (imiona)

2. Nazwisko

3. Nazwisko rodowe

4. Płeć (*należy skreślić niewłaściwą odpowiedź*)

K	M

5. Data urodzenia

rok *miesiąc* *dzień*

6. Numer PESEL

7. Numer NIP - w przypadku osób, którym nadano ten numer

- -

8. Rodzaj i numer dowodu tożsamości *(w przypadku osób, które nie mają nadanego numeru PESEL i numeru NIP)*

....

rodzaj dowodu tożsamości *organ, który wydał dowód tożsamości*

seria i numer dowodu tożsamości

9. Obywatelstwo (*proszę skreślić niewłaściwą odpowiedź*)

POLSKIE	INNE

10. Status cudzoziemca *(dotyczy osób nieposiadających obywatelstwa polskiego; proszę zakreślić literę przy właściwej odpowiedzi):*

a) zamieszkujący na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej członek rodziny osoby posiadającej obywatelstwo polskie i zamieszkującej na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej;

b) zamieszkujący na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej członek rodziny cudzoziemca przebywającego na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej na podstawie wizy pobytowej z prawem do pracy, karty stałego pobytu lub karty czasowego pobytu.

.....

nazwa dokumentu potwierdzającego status cudzoziemca

seria *numer*

.....

organ wydający dokument

Data wydania

rok *miesiąc* *dzień*

Data ważności dokumentu

rok *miesiąc* *dzień*

11. Adres zamieszkania

- -

kod pocztowy *miejscowość*

gmina

województwo

ulica *nr domu* *nr lokalu*

12. Adres do korespondencji

kod pocztowy *miejscowość*

gmina *województwo*

ulica *nr domu* *nr lokalu*

13. Stopień pokrewieństwa z opłacającym składkę

.....

14. Stopień niepełnosprawności.....

14. Czy posiada Pan(i) uprawnienia, o których mowa w art. 43 oraz art. 44 ust. 1 i 2 ustawy z dnia 6 lutego 1997 r. o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym albo szersze uprawnienia do świadczeń zdrowotnych lub środków farmaceutycznych niż wynikające z tej ustawy, na podstawie odrębnych przepisów? *(wypełniają osoby będące zasłużonymi honorowymi dawcami krwi, inwalidzi wojskowi, osoby, które doznały uszczerbku na zdrowiu w okolicznościach określonych w art. 7 i 8 ustawy z dnia 29 maja 1974 r. o zaopatrzeniu inwalidów wojennych i wojskowych oraz ich rodzin (Dz. U. z 1983 r. Nr 13, poz. 68 z późn. zm.) i nie zostały zaliczone do żadnej z grup inwalidów, osoby wymienione w art. 42 i 59 tej ustawy oraz inwalidzi wojenni, ich współmałżonkowie pozostający na ich wyłącznym utrzymaniu, a także wdowy i wdowcy po poległych żołnierzach i zmarłych inwalidach wojennych uprawnieni do renty rodzinnej albo osoby posiadające szersze uprawnienia do świadczeń zdrowotnych lub środków farmaceutycznych niż wynikające z ustawy o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym, na podstawie odrębnych przepisów)*

(proszę skreślić niewłaściwą odpowiedź)

TAK	NIE

Jeżeli TAK , proszę o podanie:

.....

nazwa dokumentu potwierdzającego uprawnienia

seria *numer*

.....

organ wydający dokument

Data wydania

rok *miesiąc* *dzień*

Data ważności dokumentu

rok *miesiąc* *dzień*

Oświadczenie

Oświadczam, że dane zawarte w formularzu są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym. Jestem świadomy(a) odpowiedzialności za podanie nieprawdy lub zatajenie prawdy.

....

data wypełnienia *podpis składającego oświadczenie*