

Sejny, dnia.....

.....
Imię i Nazwisko

.....
Adres zamieszkania

.....
PESEL

O Ś W I A D C Z E N I E
dla celów ustalenia ubezpieczenia zdrowotnego

Świadomy/a odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych oświadczeń:

Oświadczam, że podlegam - nie podlegam* ubezpieczeniu zdrowotnemu z innego tytułu
(np. członkostwa w rodzinie osoby ubezpieczonej)

Określić rodzaj ubezpieczenia.....

***(właściwe podkreślić)**

Zgodnie z art.66 ust.1 pkt 24 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (tekst jednolity Dz. U. z 2024 r., poz. 146 z późn. zm.) obowiązkowo ubezpieczeniu zdrowotnemu podlegają bezrobotni **niepodlegający obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego z innego tytułu.**

.....
podpis przyjmującego oświadczenie

.....
podpis składającego oświadczenie

Pouczenie:

Jeżeli utracę prawo do podlegania ubezpieczeniu zdrowotnemu z innego tytułu, zobowiązuje się do natychmiastowego zgłoszenia tego faktu w Powiatowym Urzędzie Pracy.