

Szczecin, dnia .....

.....  
Imię i nazwisko wnioskodawcy

.....  
Adres zamieszkania

.....  
Nr pesel

.....  
Nr telefonu

Zachodniopomorski Oddział Wojewódzki  
Narodowego Funduszu Zdrowia w Szczecinie  
ul. Arkońska 45  
71-470 Szczecin

Zwracam się z wnioskiem o weryfikację mojego ubezpieczenia zdrowotnego\*/ ubezpieczenia zdrowotnego mojego członka rodziny:

.....  
.....  
.....

imię i nazwisko członka/ów rodziny, nr pesel

oraz o korektę danych w systemie informatycznym NFZ w oparciu o przedstawione przez mnie załączniki (druk ZUS ZUA/ZZA/ZCNA, legitymacja szkolna/studencka, zaświadczenie z KRUS, itp.):

1. ....
2. ....
3. ....

.....  
podpis wnioskodawcy

Adnotacje pracownika Funduszu:

.....  
.....

.....  
data pieczętka i podpis

\*niepotrzebne skreślić

#### UWAGA:

Uprawnionym do zweryfikowania statusu ubezpieczenia jest:

1. zainteresowany świadczeniobiorca,
2. przedstawiciel ustawowy osób małoletnich, osób ubezwłasnowolnionych częściowo albo całkowicie,
3. osoba upoważniona przez świadczeniobiorcę, przy czym dla złożenia wniosku o weryfikację statusu ubezpieczenia w cudzym imieniu (np. wstępni, tj. np. matka, ojciec, babcia, dziadek; zstępni, tj. np. córka, syn, wnuczka, wnuk; pełnoletnie dziecko, małżonek, osoba trzecia) wymagane jest pełnomocnictwo w formie pisemnej z podpisem poświadczonym notarialnie albo w sposób, o którym mowa w § 1 pkt 1 lit. a rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 7 lutego 2007r. w sprawie sporządzania niektórych poświadczeń przez organy samorządu terytorialnego i banki (dz.U.poz.185).