

Pan/Pani : _____

PESEL _____

WNIOSEK O ZGŁOSZENIE LUB WYREJESTROWANIE Z UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO CZŁONKA RODZINY

Proszę o zgłoszenie do ubezpieczenia zdrowotnego następujących członków mojej rodziny od dnia _____

Proszę o wyrejestrowanie z ubezpieczenia zdrowotnego następujących członków mojej rodziny od dnia _____

L.p	Nazwisko i imię członka rodziny oraz rodzaj pokrewieństwa-powinowactwa	Data urodzenia	PESEL	Miejsce zameldowania	Kształci się TAK/NIE*	Stopień niepełnosprawności (jeśli orzeczono**)	Czy pozostaje we wspólnym gospodarstwie domowym TAK/NIE

Zobowiązuję się do pisemnego poinformowania o uzyskaniu przez członka rodziny prawa do ubezpieczenia zdrowotnego z innego tytułu w terminie 7 dni od uzyskania tego prawa.

_____ data i podpis bezrobotnego

Pouczenie:

* Warunkiem zgłoszenia do ubezpieczenia zdrowotnego dziecka powyżej 18 roku życia, uczącego się jest zaświadczenie ze szkoły/ uczelni.

** Należy przedłożyć orzeczenie o stopniu niepełnosprawności.