

.....
(imię i nazwisko)

....., dn.
(miejscowość)

Adres zamieszkania:

.....

.....

Pesel:

**WNIOSEK O ZGŁOSZENIE DO UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO
CZŁONKÓW RODZINY PRACOWNIKA**

Wnoszę o zgłoszenie do ubezpieczenia zdrowotnego od dnia niżej wymienionych członków rodziny:

L.p.	Nazwisko, imiona (również nazwisko rodowe)	Data urodzenia, PESEL lub NIP	Stopień pokrewień stwa	Adres zamieszkania	Czy pozostaje we wspólnym gospodarstwie domowym? TAK lub NIE	Stopień niepełnospraw ności
1.						
2.						
3.						
4.						
5.						
6.						

.....
Podpis

UWAGA!

Przez członka rodziny należy rozumieć następujące osoby, niepodlegające ubezpieczeniu zdrowotnemu z innego tytułu:

- **dziecko własne, dziecko małżonka, dziecko przysposobione oraz wnuka i dziecko obce, dla którego ustanowiono opiekę, albo dziecko obce w ramach rodziny zastępczej, do ukończenia przez nie 18 lat, a jeżeli kształci się dalej, do ukończenia 26 lat, natomiast jeżeli posiada orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności lub inne traktowane na równi – bez ograniczenia wieku,**
- **małżonka,**
- **wstępnych pozostających z ubezpieczonym we wspólnym gospodarstwie domowym.**