**WNIOSEK O ZGŁOSZENIE CZŁONKA RODZINY**

**DO UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Miejscowość |  | Data |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Imię i nazwisko  |  |
| Stanowisko |  |
| Jednostka organizacyjna |  |

|  |
| --- |
| **DANE CZŁONKA RODZINY ZGŁASZANEGO DO UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO** |
| **NAZWISKO** |  |
| **IMIĘ**  |  |
| **PESEL** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **DATA URODZENIA***(dzień, miesiąc, rok)* |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **PASZPORT***(seria i numer - dotyczy cudzoziemców)* |  |
| **STOPIEŃ POKREWIEŃSTWA\*** |  | współmałżonek |
|  | dziecko własne, przysposobione dziecko lub dziecko współmałżonka |
|  | inny |
| jaki? |  |
| W przypadku zgłoszenia dziecka**CZY SIĘ KSZTAŁCI?**\* |  | TAK |
|  | NIE |
| **CZY POZOSTAJE WE WSPÓŁNYM GOSPODARSTWIE DOMOWYM Z OSOBĄ UBEZPIECZONĄ?\*** |  | TAK |
|  | NIE |
| **STOPIEŃ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI**\* |  | nie dotyczy |
|  | lekki |
|  | umiarkowany |
|  | znaczny |
|  | stwierdzony przed 16 rokiem życia |
| **ADRES ZAMIESZKANIA** *(wypełnić jeżeli adres jest inny niż adres ubezpieczonego)* |
|  |  |  | - |  |  |  |  |
| *Miejscowość* | *Kod pocztowy* | *Gmina* |
|  |  |  |
| *Ulica* | *Nr domu* | *Nr mieszkania* |

*Oświadczenie: Zobowiązuję się do bezzwłocznego poinformowania zakładu pracy o wszelkich zaistniałych zmianach dotyczących osób uprawnionych do ubezpieczenia zdrowotnego.*

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

*(podpis pracownika)*