*(imię i nazwisko) (miejscowość i data)*

*(stanowisko)*

*(jednostka organizacyjna).*

**WNIOSEK**

**O ZGŁOSZENIE CZŁONKA RODZINY DO UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO**

DANE CZŁONKA RODZINY ZGŁASZANEGO DO UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **NAZWISKO** |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **IMIĘ** pierwsze |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **PESEL** |  |  | |  | |  |  | |  | | |  | |  |  | |  | |  |
| **DATA URODZENIA**  *(dzień, miesiąc, rok)* |  | |  | |  | | |  | |  | | |  | | |  | |  | |
| **PASZPORT**  *(seria i numer - dotyczy cudzoziemców)* |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **STOPIEŃ POKREWIEŃSTWA**  *(zaznaczyć właściwą odpowiedź „X”)* | * współmałżonek * dziecko własne, przysposobione lub dziecko współmałżonka * inny (jaki?)............................................................... | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| W przypadku zgłoszenia dziecka  **CZY SIĘ KSZTAŁCI?**  *(zaznaczyć właściwą odpowiedź „X”)* | * TAK * NIE | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **CZY POZOSTAJE WE WSPÓŁNYM GOSPODARSTWIE DOMOWYM Z OSOBĄ UBEZPIECZONĄ?**  *(zaznaczyć właściwą odpowiedź „X”)* | * TAK * NIE | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **STOPIEŃ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI**  *(zaznaczyć właściwą odpowiedź „X”)* | * nie dotyczy * lekki * umiarkowany * znaczny * niepełnosprawność stwierdzona przed   16 rokiem życia | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **ADRES ZAMIESZKANIA** *(wypełnić jeżeli adres jest inny niż adres ubezpieczonego)* | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Miejscowość | Kod pocztowy | | | | | | | | | | Gmina | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | | |  | | | | | | | | |
| Ulica | Nr domu | | | | | | | | | | Nr lokalu | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | | |  | | | | | | | | |

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

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

*(podpis pracownika)*