*(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)*