**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*