

.....
nazwisko i imię pracownika

.....
adres pracownika

ZGŁOSZENIE DO UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO CZŁONKA RODZINY*

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

Lp.	Nazwisko i imię	Data urodzenia oraz PESEL i NIP(1)	Stopień pokrewieństwa	Adres zamieszkania(2)	Stopień niepełnosprawności TAK/NIE
1.					
2.					
3.					
4.					

Oświadczam, że zgłaszani do ubezpieczenia zdrowotnego członkowie rodziny nie podlegają ubezpieczeniu zdrowotnemu z innego tytułu, oraz nie są uprawnieni do świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie przepisów o koordynacji. Ponadto oświadczam, że krewny wymieniony w pkt..... pozostaje ze mną we wspólnym gospodarstwie domowym.

O wystąpieniu zmian mających wpływ na treść złożonego wniosku i oświadczenia niezwłocznie powiadomię zakład pracy.

.....
data i czytelny podpis pracownika

(1) jeżeli nie nadano obydwu lub jednego z tych numerów, proszę podać serię i nr dowodu osobistego lub paszportu albo innego dokumentu stwierdzającego tożsamość,

(2) jeżeli jest inny niż adres zamieszkania Pani(a),

(3) jeżeli TAK – proszę załączyć dokument potwierdzający niepełnosprawność.

***Za członka rodziny - do celów ubezpieczenia zdrowotnego - uważa się:**

dziecko własne, dziecko małżonka, dziecko przysposobione, wnuka albo 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.