

.....  
 (nazwisko i imię pracownika)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

PESEL pracownika

**Proszę o zgłoszenie do ubezpieczenia zdrowotnego następujących członków mojej rodziny**

Za członka rodziny uważa się małżonka, dziecko własne, dziecko drugiego małżonka, dziecko przysposobione, oraz wnuka i dziecko obce przyjęte na wychowanie w ramach rodziny zastępczej – do ukończenia 18 lat, a jeżeli kształci się dalej – do ukończenia 26 lat, a także innych członków, pozostających na jego wyłącznym utrzymaniu.

PESEL od momentu urodzenia dostępny jest w biurze meldunkowym.

Zgłoszenie osoby do ubezpieczenia zdrowotnego wymaga podania nr PESEL.

**Zgłoszenia proszę dokonać z dniem .....**

Dane identyfikacyjne członków rodziny osoby ubezpieczonej zgłaszanej do ubezpieczenia zdrowotnego.

PESEL																				
Seria i numer dowodu osobistego(tylko w przypadku braku PESEL)																				
NAZWISKO																				
Imię pierwsze																				
Data urodzenia (dzień, miesiąc, rok)																				
Stopień pokrewieństwa z ubezpieczonym																				
Czy pozostaje we wspólnym gospodarstwie domowym z osobą ubezpieczoną																				
Stopień niepełnosprawności																				
Adres miejsca zamieszkania																				
Województwo																				
Powiat																				
Gmina																				
Kod pocztowy																				
Miejscowość																				
Poczta																				
Ulica, nr domu, nr mieszkania																				

.....  
 data i podpis pracownika