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

(miejscowość, data)

Imię i nazwisko ..................................

PESEL: ...........................................

WNIOSEK

o zgłoszenie członków rodziny do ubezpieczenia zdrowotnego

Zwracam się z prośbą o zgłoszenie do ubezpieczenia zdrowotnego członka rodziny od dnia ...................

DANE CZŁONKA RODZINY ZGŁASZANEGO DO UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO:

Imię i nazwisko członka rodziny: .............................................................

PESEL .............................................

Data urodzenia: ..................................

Adres stałego zameldowania:

ulica…………………………………. nr .................. kod pocztowy……………….

miejscowość: ......................................... gmina ……………………………………..

Adres zamieszkania:

ulica…………………………………. nr .................. kod pocztowy……………….

miejscowość: ......................................... gmina ……………………………………..

Stopień pokrewieństwa:

(bardzo proszę zaznaczyć właściwą odpowiedź „X”)

□ współmałżonek

□ dziecko własne, przysposobione lub dziecko współmałżonka

□ inny (jaki?): ..................................

Czy członek rodziny pozostaje we wspólnym gospodarstwie z osobą ubezpieczoną?

(bardzo proszę zaznaczyć właściwą odpowiedź „X”)

□ TAK □ NIE

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

(podpis)