

.....
Imię i nazwisko bezrobotnego

.....
adres zamieszkania

.....

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

pesel

Wniosek o zgłoszenie do ubezpieczenia zdrowotnego
członków rodziny ubezpieczonego bezrobotnego

Zgłaszam do ubezpieczenia zdrowotnego niżej wymienionych członków mojej rodziny nie podlegających ubezpieczeniu z innego tytułu

Nazwisko i imię	Stopień pokrewieństwa	Data urodzenia	Adres zamieszkania	Stopień niepełnosprawności	Numer PESEL	Aktywność: uczeń, bezrobotny, zatrudniony*

1. Oświadczam, iż zostałam/em pouczony , że dzieci w wieku 18 - 26 lat są zgłaszane do ubezpieczenia zdrowotnego na podstawie aktualnych zaświadczeń szkolnych (akademickich) obowiązujących na dany rok szkolny (akademicki). W wyniku nie dostarczenia w/w zaświadczeń dzieci w wieku 18-26 lat tracą prawo do ubezpieczenia zdrowotnego.

2. Zobowiązuję się do powiadomienia tutaj, Urząd o wszelkich zmianach, dotyczących podlegania ubezpieczeniu zdrowotnemu z innego tytułu wyżej wymienionych członków rodziny. Oświadczam, że dane zawarte w zgłoszeniu są zgodne ze stanem faktycznym i prawnym. Jestem świadomy(a) odpowiedzialności karnej za podanie danych niezgodnych z prawdą.

.....
data

.....
podpis pracownika PUP

.....
data

.....
czytelny podpis zgłaszającego