

.....
Imię i nazwisko

....., dnia.....r.
(miejscowość)

.....
Adres

.....
Miejsce zatrudnienia

WNIOSEK

o zgłoszenie do ubezpieczenia zdrowotnego w NFZ następujących członków rodziny, którzy nie zostali zgłoszeni do ubezpieczenia przez inne uprawnione osoby oraz nie podlegają ubezpieczeniu zdrowotnemu z innego tytułu.

<i>Lp.</i>	<i>Nazwisko i imię zgłaszanego członka rodziny</i>	<i>Data urodzenia</i>	<i>Numer PESEL</i>	<i>Adres zamieszkania (jeśli jest inny niż adres wnioskodawcy)</i>	<i>Czy pozostają we wspólnym gospodarstwie domowym z osobą ubezpieczoną (TAK/NIE)</i>	<i>Stopień pokrewieństwa</i>	<i>Stopień niepełnosprawności</i>
1							
2							
3							

Oświadczam, że dane zawarte we wniosku są zgodne ze stanem faktycznym. O wszelkich zmianach danych zawartych we wniosku zobowiązuję się niezwłocznie (do 7 dni) powiadomić pracodawcę.

.....
(czytelny podpis)

Za członków rodziny uważa się:

- a) dzieci własne, dzieci drugiego współmałżonka, dzieci przysposobione oraz wnuki i dzieci przyjęte na wychowanie, również w ramach rodziny zastępczej, do ukończenia przez nie 18 lat, a jeżeli kształcą się dalej do ukończenia 26 lat, natomiast jeżeli dziecko jest niepełnosprawne w stopniu znacznym - bez ograniczenia wieku,
- b) małżonka,
- c) krewnych wstępnych (rodziców, dziadków) pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym.