Zakopane, .................................. 20............ r.

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

imię i nazwisko

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

adres zamieszkania

nr telefonu:.................................................................

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

nr PESEL

# WNIOSEK

**o wyrejestrowanie z ubezpieczenia zdrowotnego członków rodziny**

od dnia………………. z powodu………………………………………………………

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Imię i nazwisko członka rodziny | Stopień  pokrewień-stwa\* | Data urodzenia | Adres zamieszkania | Stopień niepełno-sprwności | Numer PESEL |
| Małżonek: |  |  |  |  |  |
| Inne osoby:  1. |  |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |  |
| 3. |  |  |  |  |  |
| 4. |  |  |  |  |  |

**\*wpisać odpowiednio:**

1.dzieci: syn, córka, dziecko małżonka, dziecko przysposobione, wnuk,

dziecko obce - ustanowiona opieka, dziecko obce – rodzina zastępcza,

2. wstępni: rodzic, dziadek, pradziadek.

Za **członka rodziny** uznaje się następujące osoby:

1. 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 w szkole dalej – do ukończenia 26 lat, natomiast jeżeli posiada orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności lub inne traktowane na równi – bez ograniczenia wieku,
2. małżonka,
3. wstępnych (rodziców, dziadków, pradziadków) pozostających z ubezpieczonym we wspólnym gospodarstwie domowym.

UWAGA!

Z dniem ukończenia 18-go roku życia dziecko zostanie automatycznie wyrejestrowane   
z ubezpieczenia zdrowotnego. Warunkiem dalszego ubezpieczenia jest przedstawienie dokumentu (zaświadczenie ze szkoły lub uczelni) potwierdzającego fakt dalszego kształcenia się dziecka, w każdym kolejnym roku szkolnym lub roku akademickim (odpowiednio: do 31 sierpnia lub 30 września).

O wszelkich zmianach w stosunku do danych zawartych w niniejszym oświadczeniu zobowiązuję się do 7 dni powiadomić urząd pracy.

………………………………………………….. ………...................................................................

Data i podpis przyjmującego oświadczenie Data i podpis składającego oświadczenie