

Dane osoby zgłaszającej

....., dn. r.

.....

PESEL

WNIOSEK O OBJĘCIE UBEZPIECZENIEM ZDROWOTNYM OSÓB UPRAWNIIONYCH

Wnoszę o objęcie ubezpieczeniem zdrowotnym, z dniem r. następujących członków rodziny:

Członkowie rodziny do ubezpieczenia zdrowotnego (jeżeli nie są zgłoszeni i nie podlegają ubezpieczeniu z innego tytułu):

Nazwisko i imię	PESEL	Pokrewieństwo *)	Czy pozostaje we wspólnym gospodarstwie domowym	Stopień niepełnosprawności **)

* Pokrewieństwo: małżonek (01); dziecko własne, przysposobione lub drugiego małżonka (11); wnuk lub dziecko obce przyjęte na wychowanie (również w ramach rodziny zastępczej) (21); matka (30); ojciec (31); macocha (32); ojczym (33); babka (40); dziadek (41); osoby przysposabiające osoby ubezpieczone (50); inni krewni pozostający z ubezpieczonym we wspólnym gospodarstwie domowym (nie ubezpieczeni) (60).
** Stopień niepełnosprawności: brak (0); lekki (1); umiarkowany (2); znaczny (3).

.....
(podpis wnioskującego)