

# WNIOSEK O OBJĘCIE UBEZPIECZENIEM ZDROWOTNYM CZŁONKÓW RODZINY

Imię i nazwisko bezrobotnego .....

Adres zameldowania/zamieszkania .....

Imię i nazwisko	Stopień pokrewieństwa/powinowactwa	Data urodzenia	PESEL	Adres zamieszkania	Czy adres zamieszkania jest zgodny z adresem zamieszkania ubezpieczonego (Tak/Nie)	Czy pozostaje we wspólnym gospodarstwie domowym z osobą ubezpieczoną (Tak/Nie) Dotyczy wstępnych	Stopień niepełnosprawności	Okres na jaki przyznano stopień niepełnosprawności

Zgłoszenie dotyczy:

1. Dzieci do lat 18
2. Dzieci do lat 26, które się kształcą
3. Małżonka
4. Dzieci niepełnosprawnych w znacznym stopniu lub w stopniu traktowanym na równi – bez ograniczenia wieku
5. Wstępnych pozostających z ubezpieczonym we wspólnym gospodarstwie domowym (krewnych w linii prostej – rodziców {matka, ojciec} , dziadków {babka, dziadek})

Prawo do świadczeń opieki zdrowotnej osób objętych obowiązkiem ubezpieczenia zdrowotnego oraz zgłoszonych przez nich członków rodziny ustaje po upływie 30 dni od dnia wygaśnięcia obowiązku ubezpieczenia zdrowotnego czyli od momentu zakończenia opłacania składek.

**Uwaga !!! Wszelkie zmiany dotyczące zarówno danych ubezpieczonego, jak i jego członków rodziny należy zgłosić niezwłocznie, ponieważ urząd ma obowiązek zgłosić tę zmianę do ZUS w ciągu 7 dni od daty zaistnienia zmiany.**

.....  
(data i podpis pracownika PUP)

.....  
(data i czytelny podpis osoby bezrobotnej)