

## WNIOSEK O OBIĘCIE UBEZPIECZENIEM ZDROWOTNYM CZŁONKÓW RODZINY

Imię i nazwisko bezrobotnego.....Nr ewidencyjny.....uwagi.....

(wypełnia urząd)

Data urodzenia.....PESEL.....NIP.....Seria i numer dowodu osobistego.....

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	Czy pozostaje na wyłącznym utrzymaniu osoby ubezpieczonej (Tak/Nie)	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})

**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 czytelny podpis bezrobotnego )

.....  
(data i podpis przyjmującego wniosek)