Warszawa, dnia ………………………..…….

………………………………………………

Imię i nazwisko ubezpieczonego

………………………………………………

PESEL

……………………………………………...

Komórka organizacyjna

**Wniosek o zgłoszenie do ubezpieczenia zdrowotnego członka rodziny/ wyrejestrowanie**   
**z ubezpieczenia zdrowotnego członka rodziny** 1 od dnia ………………………….….…..……..……

1. Imię i nazwisko członka rodziny: .........................................................................................................

2. Data urodzenia członka rodziny: ……………………………………………….………………….....

3. PESEL członka rodziny: ………………………………………..………………….…………….

4. Stopień pokrewieństwa/powinowactwa 1:

- małżonek,

- dziecko własne, przysposobione lub dziecko małżonka,

- wnuk lub dziecko obce dla którego ustanowiono opiekę albo dziecko obce w ramach rodziny zastępczej lub rodzinnego domu dziecka

- matka,

- ojciec,

- macocha,

- ojczym,

- babka,

- dziadek,

- osoba przysposabiająca ubezpieczonego

- inny wstępny, pozostający z ubezpieczonym we wspólnym gospodarstwie domowym

5. Czy członek rodziny pozostaje we wspólnym gospodarstwie domowym z osobą ubezpieczoną: TAK/NIE [1](https://euc-word-edit.officeapps.live.com/we/wordeditorframe.aspx?new=1&ui=pl&rs=pl&wdenableroaming=1&mscc=1&wdodb=1&hid=33A662A0-0063-5000-14BF-A234FF7426AD&wopisrc=https%3A%2F%2Foffice365uksw-my.sharepoint.com%2Fpersonal%2F84417_uksw_edu_pl%2F_vti_bin%2Fwopi.ashx%2Ffiles%2Fb6dd5d6f34b0436abf4bd6e21e030289&wdorigin=DocLib&wdhostclicktime=1662558559574&jsapi=1&jsapiver=v1&newsession=1&corrid=c71abbb7-b9e9-4389-8d69-faad778cf0a3&usid=c71abbb7-b9e9-4389-8d69-faad778cf0a3&sftc=1&cac=1&mtf=1&sfp=1&wdredirectionreason=Unified_SingleFlush&rct=Medium&ctp=LeastProtected#_ftn3)

6. Stopień niepełnosprawności członka rodziny [1](https://euc-word-edit.officeapps.live.com/we/wordeditorframe.aspx?new=1&ui=pl&rs=pl&wdenableroaming=1&mscc=1&wdodb=1&hid=33A662A0-0063-5000-14BF-A234FF7426AD&wopisrc=https%3A%2F%2Foffice365uksw-my.sharepoint.com%2Fpersonal%2F84417_uksw_edu_pl%2F_vti_bin%2Fwopi.ashx%2Ffiles%2Fb6dd5d6f34b0436abf4bd6e21e030289&wdorigin=DocLib&wdhostclicktime=1662558559574&jsapi=1&jsapiver=v1&newsession=1&corrid=c71abbb7-b9e9-4389-8d69-faad778cf0a3&usid=c71abbb7-b9e9-4389-8d69-faad778cf0a3&sftc=1&cac=1&mtf=1&sfp=1&wdredirectionreason=Unified_SingleFlush&rct=Medium&ctp=LeastProtected#_ftn4):

* osoba nie posiadająca orzeczenia o niepełnosprawności
* osoba posiadająca orzeczenie o lekkim stopniu niepełnosprawności
* osoba posiadająca orzeczenie o umiarkowanym stopniu niepełnosprawności
* osoba posiadająca orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności
* osoba posiadająca orzeczenie o niepełnosprawności wydawane osobom do 16 roku życia

7. Adres zamieszkania członka rodziny:...................................................................................................

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

gmina/dzielnica..........................................................................................................................................

**Oświadczam, że ww. członek rodziny nie posiada żadnego innego tytułu do ubezpieczenia zdrowotnego.**

**Zobowiązuję się do pisemnego poinformowania pracodawcy o uzyskaniu przez członka rodziny prawa do ubezpieczenia zdrowotnego z innego tytułu w terminie 7 dni od uzyskania tego prawa.**

..................................................... podpis ubezpieczonego

\*Zaznaczyć właściwe