

Inowrocław, ..... 20..... r.

.....  
imię i nazwisko

.....  
adres zamieszkania

nr telefonu:.....

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

nr PESEL

### WNIOSEK

**o objęcie ubezpieczeniem zdrowotnym członków rodziny od dnia .....**

Imię i nazwisko członka rodziny	Stopień pokrewieństwa*	Data urodzenia	Adres zamieszkania	Stopień niepełnosprawności	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.

.....  
podpis

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.**