 ………………………………………………………………………..

Imię i nazwisko Pracownika

**WNIOSEK O ZGŁOSZENIE CZŁONKA RODZINY**

**DO UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO**

Wyjaśnienie:

Przez członka rodziny należy rozumieć następujące osoby pozostające na wyłącznym utrzymaniu ubezpieczonego:

* dziecko własne, dziecko drugiego małżonka, dziecko przysposobione oraz wnuka i dziecko obce przyjęte na wychowanie, również w ramach rodziny zastępczej, do ukończenia przez nie 18 lat, a jeżeli się kształci dalej do ukończenia 26 lat, natomiast jeśli jest niepełnosprawny w znacznym stopniu – bez ograniczenia wieku
* małżonka
* krewnych wstępnych pozostających z nim we wspólnym gospodarstwie domowym i nie objętych obowiązkiem ubezpieczenia

**Zwracam się z prośbą o zgłoszenie członka rodziny do ubezpieczenia zdrowotnego od dnia:** ………………………………………………………………

Imię i nazwisko członka rodziny ……………………………………………………………………………………………

Stopień pokrewieństwa ……………………………………….……………….…………….…………………….

Data urodzenia ………………….…………PESEL…………..…………….……………………..……

Adres zamieszkania ..……………………………………………………………………………………………

Stopień niepełnosprawności ……………………………………..……………………………….……………………..

 wpisać dokładnie z posiadanego aktualnego orzeczenia

O wszelkich zmianach powiadomię Dział Kadr w terminie do 7 dni**.**

Kraków, dnia ……………………………..

 ……………………………………..………………

 Podpis Pracownika

**PROSZĘ UZUPEŁNIAĆ CZYTELNIE**

Wersja 4 z dnia 30.01.2019