**ZGŁOSZENIE/ WYREJESTROWANIE\* CZŁONKA RODZINY**

**DO/Z UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO**

Imię i nazwisko pracownika: ……………………………………………………………………………….

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

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

PESEL:

lub nr i seria paszportu: ……………………………………………………

**Dane członka rodziny:**

Pierwsze imię: ………………………………………………………………………………………………….

Nazwisko: ………………………………………………………………………………………………………..

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

PESEL:

lub nr i seria paszportu: ……………………………………………………

Data urodzenia: ……………………………

□ Zgłoszenie z dniem: ………………….. □ Wyrejestrowanie z dniem: ……………………

Dalszą część wypełnić tylko przypadku ZGŁOSZENIA członka rodziny do ubezpieczenia zdrowotnego:

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |

Kod stopnia pokrewieństwa/powinowactwa:

(01 – małżonek; 11 – dziecko własne, przysposobione lub dziecko drugiego małżonka; 21 – wnuk lub dziecko obce przyjęte na wychowanie, również w ramach rodziny zastępczej; 30 – matka; 31 – ojciec;
32 – macocha; 33 – ojczym; 40 – babka; 41 – dziadek; 50 – osoby przysposabiające osoby ubezpieczone;

60 – inni krewni wstępni pozostający z ubezpieczonym we wspólnym gospodarstwie domowym, nie objęci obowiązkiem ubezpieczenia)

|  |
| --- |
|  |

Kod stopnia niepełnosprawności:

(0 – osoba nie posiadająca orzeczenia o niepełnosprawności; 1 – osoba, która ma orzeczenie o lekkim stopniu niepełnosprawności; 2 – osoba, która ma orzeczenie o umiarkowanym stopniu niepełnosprawności; 3 – osoba, która ma orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności)

Czy pozostaje we wspólnym gospodarstwie domowym z osobą zgłaszającą?

 □ - TAK □ – NIE

Czy jest na wyłącznym utrzymaniu osoby zgłaszającej członka rodziny?

□ - TAK □ – NIE

Adres zamieszkania członka rodziny:

Kod pocztowy: ……………… Miejscowość: ……………………………………….

Powiat: ………………………………………………. Gmina: ……………………………………………….

Ulica: ………………………………………………… Nr domu:………… Nr mieszkania: ……………

 …………………………………………………….

\*niepotrzebna skreślić Data i podpis pracownika