## Wniosek o objęcie ubezpieczeniem zdrowotnym osób uprawnionych

Imię i Nazwisko (wnioskodawcy) ......................................................................…..............…….............

Data i miejsce urodzenia/ PESEL…...........................................................……………............................

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

 (województwo, powiat, gmina)

**Dane osób uprawnionych zgłaszanych do ubezpieczenia zdrowotnego**

(Pokrewieństwo: małżonek; dziecko własne, przysposobione lub drugiego małżonka; wnuk lub dziecko obce przyjęte na wychowanie (również w ramach rodziny zastępczej); matka; ojciec; macocha; ojczym; babka; dziadek; osoby przysposabiające osoby ubezpieczone; inni krewni pozostający z ubezpieczonym we wspólnym gospodarstwie domowym (nie ubezpieczeni), **jeżeli nie są zgłoszeni i nie podlegają ubezpieczeniu z innego tytułu):**

Wnoszę o objęcie ubezpieczeniem zdrowotnym, z dniem……………..….....r. następujących członków rodziny:

Imię i Nazwisko...................................................................................................................................

Data i miejsce urodzenia................................................................. PESEL........................................

Stopień pokrewieństwa.............................................. Stopień niepełnosprawności............................

Adres zamieszkania .............................................................................................................................

Imię i Nazwisko...................................................................................................................................

Data i miejsce urodzenia................................................................. PESEL........................................

Stopień pokrewieństwa.............................................. Stopień niepełnosprawności............................

Adres zamieszkania .............................................................................................................................

Imię i Nazwisko...................................................................................................................................

Data i miejsce urodzenia................................................................. PESEL........................................

Stopień pokrewieństwa.............................................. Stopień niepełnosprawności............................

Adres zamieszkania .............................................................................................................................

Imię i Nazwisko...................................................................................................................................

Data i miejsce urodzenia................................................................. PESEL........................................

Stopień pokrewieństwa.............................................. Stopień niepełnosprawności............................

Adres zamieszkania ............................................................................................................................

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

 *miejscowość i data czytelny podpis wnioskodawcy*