

WNIOSEK O OBJĘCIE UBEZPIECZENIEM ZDROWOTNYM CZŁONKÓW RODZINY

Podstawa prawna: ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (tekst jednolity Dz.U z 2017r. poz.1938 ze zm.)

Wnioskuję o zgłoszenie do ubezpieczenia zdrowotnego następujących członków mojej rodziny:

..... stopień pokrewieństwanr PESEL

..... stopień pokrewieństwanr PESEL

..... stopień pokrewieństwanr PESEL

..... stopień pokrewieństwanr PESEL

..... stopień pokrewieństwanr PESEL

..... stopień pokrewieństwanr PESEL

Zobowiązuję się do powiadomienia Powiatowego Urzędu Pracy w Wągrowcu o nabyciu przez współmałżonka lub członka mojej rodziny prawa do ubezpieczenia zdrowotnego z innego tytułu oraz o wszelkich zmianach mających wpływ na obowiązek ubezpieczenia zdrowotnego. **W przypadku utraty przeze mnie statusu osoby bezrobotnej, wygasa ubezpieczenie zdrowotne moje oraz zgłoszonych przeze mnie osób.**

.....
(podpis i pieczęć pracownika PUP)

.....
(data , imię i nazwisko osoby składającej oświadczenie)