

Imię i nazwisko

.....

Adres zamieszkania

.....

PESEL

.....

**Oświadczenie złożone w celu zgłoszenia osoby bezrobotnej i członków jej rodziny
do ubezpieczenia zdrowotnego**

- Nie wnoszę o ubezpieczenie zdrowotne, ponieważ podlegam ubezpieczeniu zdrowotnemu z następującego tytułu.....
- Wnoszę o objęcie mnie ubezpieczeniem zdrowotnym w związku z zarejestrowaniem się jako osoba bezrobotna.
- Wnoszę o objęcie ubezpieczeniem zdrowotnym następujących członków mojej rodziny (współmałżonek, dzieci własne i przysposobione do lat 18, a jeżeli się kształcą dalej- do ukończenia 26 lat, krewnych wstępnych pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym).

Lp.	Imię i nazwisko członka rodziny	Stopień pokrewień -stwa	PESEL	Data urodzenia	Stopień niepełnosp. dziecka	Data zakończenia nauki

Oświadczam, że dane zawarte w formularzu są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym.

Zobowiązuję się do zgłaszania wszelkich zmian dotyczących mojego ubezpieczenia zdrowotnego i ubezpieczenia członków mojej rodziny.

.....
(podpis)