Radom, dnia ……………………

……………………………………….

(imię i nazwisko pracownika)

……………………………………….

(jednostka organizacyjna Uczelni)

**UBEZPIECZENIE ZDROWOTNE**

 **- ZGŁOSZENIE / WYREJESTROWANIE CZŁONKA RODZINY -**

Proszę o zgłoszenie do /wyrejestrowanie z \* ubezpieczenia zdrowotnego **z dniem ……..………** członka mojej rodziny:

**DANE CZŁONKA RODZINY:**

- PIERWSZE IMIĘ…………………………………………………………………………….…………

- NAZWISKO ………………………………………………………………………………….……

- DATA URODZENIA ………………………………………………………………………….……….

- PESEL ……………………………………………….………………………………………

- STOPIEŃ POKREWIEŃSTWA …………………………………………………………………….….

- ADRES ZAMIESZKANIA ………………………………………………………………………….....

 …………………………………………………………….....…………

- pozostaje we wspólnym gospodarstwie z osobą ubezpieczoną: TAK / NIE \*

- pozostaje na wyłącznym utrzymaniu pracownika: TAK / NIE \*

- posiada stopień niepełnosprawności: TAK / NIE \*

**UWAGA:**

Informuję, że w/w członek mojej rodziny nie jest zgłoszony do ubezpieczenia zdrowotnego
u innej osoby.

Zobowiązuję się pisemnego poinformowania pracodawcy o uzyskaniu przez członka rodziny prawa do ubezpieczenia zdrowotnego z innego tytułu, bądź innych okolicznościach powodujących obowiązek wyrejestrowania członka rodziny z ubezpieczenia zdrowotnego
**w terminie 7 dni** od dnia ich zaistnienia.

…………………………………….

 *(Data i czytelny podpis pracownika)*

*----------------------------*

\* niepotrzebne skreślić