

Wieliczka dnia .....

.....  
Imię i Nazwisko

.....  
Adres

.....  
Pesel

**Wniosek  
o zgłoszenie do ubezpieczenia członka rodziny**

Zwracam się z prośbą o zgłoszenie do ubezpieczenia zdrowotnego członka mojej rodziny

Lp.	Nazwisko i imię	Adres zamieszkania	PESEL	Stopień pokrewieństwa

**Do wniosku należy dołączyć w przypadku:**

- 1) dziecka powyżej 18 roku życia (akt urodzenia + zaświadczenie ze szkoły potwierdzający fakt podjęcia nauki),
- 2) dziecka poniżej 18 roku życia (akt urodzenia),
- 3) współmałżonka (akt małżeństwa dowód osobisty do wglądu).

.....  
(podpis osoby bezrobotnej)