

.....
(imię i nazwisko)

.....
(adres zamieszkania)

Wniosek o objęcie ubezpieczeniem zdrowotnym

Składam wniosek o objęcie mnie z dniemubezpieczeniem zdrowotnym, ponieważ
nie posiadam żadnego innego tytułu do ubezpieczenia zdrowotnego niż status osoby bezrobotnej.

Do ubezpieczenia zdrowotnego z dniem zgłaszam członków rodziny pozostających na moim utrzymaniu:

Imię i nazwisko	Adres zamieszkania	Stopień pokrewieństwa	Data urodzenia	PESEL	Ustalony stopień o niepełnosprawności TAK/NIE

Jednocześnie zobowiązuję się:

- w przypadku ukończenia przez moje dziecko 18 lat dostarczyć zaświadczenie potwierdzające kontynuację nauki (**brak ww. dokumentów powoduje wyrejestrowanie dziecka z ubezpieczenia**)
- powiadomić urząd pracy o wszelkich zmianach dot. ubezpieczenia

.....
data i podpis osoby bezrobotnej (czytelny)