Toruń, dnia ………………………………………..…………………….r.

………………………………………..…………………….

(imię i nazwisko)

………………………………………..…………………….

………………………………………..…………………….

(adres)

………………………………………..…………………….

(PESEL)

**Wniosek**

o objęcie ubezpieczeniem zdrowotnym członków rodziny od dnia ………………………………………..…………………….

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Imię i nazwisko członka rodziny | Stopień pokrewieństwa**\*** | PESEL |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

**\*wpisać odpowiednio:**

1.dzieci: syn, córka, dziecko małżonka, dziecko przysposobione, wnuk,

dziecko obce - ustanowiona opieka, dziecko obce – rodzina zastępcza,

2. wstępni: rodzic, dziadek, pradziadek.

………………………………………..…………………….

podpis

Za **członka rodziny** uznaje się następujące osoby:

1. dziecko własne, dziecko małżonka, dziecko przysposobione, wnuka albo dziecko obce, dla którego ustanowiono opiekę, albo dziecko obce w ramach rodziny zastępczej do ukończenia przez nie 18 lat, a jeżeli kształci się w szkole dalej – do ukończenia 26 lat, natomiast jeżeli posiada orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności lub inne traktowane na równi – bez ograniczenia wieku,

2. małżonka,

3. wstępnych (rodziców, dziadków, pradziadków) pozostających z ubezpieczonym we wspólnym gospodarstwie domowym.

**UWAGA!**

Z dniem ukończenia 18-go roku życia dziecko zostanie automatycznie wyrejestrowane z ubezpieczenia zdrowotnego. Warunkiem dalszego ubezpieczenia jest przedstawienie dokumentu (zaświadczenie ze szkoły lub uczelni) potwierdzającego fakt dalszego kształcenia się dziecka.