

.....  
nazwisko i imię świadczeniobiorcy

Adres zamieszkania:

.....  
Zakład Ubezpieczeń Społecznych

.....  
Oddział w.....

.....  
Inspektorat w.....

.....  
nr świadczenia

Nr PESEL | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Nr NIP | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Seria i nr dowodu osobistego lub paszportu<sup>(1)</sup> lub innego dokumentu stwierdzającego tożsamość.....  
.....

**Zgłoszenie do ubezpieczenia zdrowotnego  
członków rodziny emeryta-rencisty-osoby uprawnionej do renty socjalnej  
– świadczenia przedemerytalnego/zasiłku – nauczycielskiego świadczenia kompensacyjnego\***

Wnoszę o zgłoszenie do ubezpieczenia zdrowotnego od..... niżej wymienionych członków rodziny:

Lp.	Nazwisko i imię	Data urodzenia oraz PESEL i NIP <sup>(2)</sup>	Stopień pokrewieństwa	Adres zamieszkania <sup>(3)</sup>	Znaczny stopień niepełnosprawności TAK* – NIE <sup>*(4)</sup>
1.					
2.					
3.					
4.					

Oświadczam, że zgłoszeni do ubezpieczenia zdrowotnego członkowie rodziny nie podlegają ubezpieczeniu zdrowotnemu z innego tytułu, a ponadto krewny wstępny (ojciec, matka, dziadek, babka) wymieniony w pkt..... pozostaje ze mną we wspólnym gospodarstwie domowym.

O wystąpieniu zmian mających wpływ na treść złożonego wniosku i oświadczenia niezwłocznie powiadomię organ rentowy lub organ emerytalno-rentowy\* wypłacający świadczenie.

.....  
Data i czytelny podpis świadczeniobiorcy  
lub przedstawiciela ustawowego tej osoby\*

(1) proszę podać w przypadku braku nr PESEL i/lub NIP,

(2) jeżeli nie nadano obydwu lub jednego z tych numerów, proszę podać serię i nr dowodu osobistego lub paszportu albo innego dokumentu stwierdzającego tożsamość,

(3) jeżeli jest inny niż adres zamieszkania Pani(a),

(4) TAK – należy wpisać w przypadku posiadania ważnego orzeczenia o znacznym stopniu niepełnosprawności, lub innym traktowanym na równi.

\* niepotrzebne skreślić