

Jędrzejów, dnia.....

.....
imię i nazwisko pracownika

WNIOSEK O WYREJESTROWANIE

z ubezpieczenia zdrowotnego nieuprawnionych członków rodziny, którzy zostali zgłoszeni do ubezpieczenia przez inne uprawnione osoby są ubezpieczone z innego tytułu, są zarejestrowane w Urzędzie Pracy oraz nie pozostają ze mną we wspólnym gospodarstwie domowym

<i>Lp.</i>	<i>Imię i nazwisko</i>	<i>Stopień pokrewieństwa</i>	<i>Adres zamieszkania</i>	<i>Numer PESEL</i>	<i>Data wyrejestrowania nieuprawnionego członka rodziny*/</i>
1					
2					
3					
3					
4					
5					

Za nieuprawnionych członków rodziny uważa się:*/

- a) dzieci własne, dzieci drugiego współmałżonka, dzieci przysposobione oraz wnuki i dzieci przyjęte na wychowanie, również w ramach rodziny zastępczej, **które po ukończeniu 18 roku życia nie kształcą się lub ukończyły 26 rok życia**,(data na dyplomie lub świadectwie pracy ukończenia studiów,szkoły)*/,
- b) małżonka jeżeli jest ubezpieczony z innego tytułu (podjął zatrudnienie, prowadzi działalność gospodarczą, pobiera rentę lub emeryturę,itp.)- data*/
- c) krewnych wstępnych (rodziców, dziadków) **nie** pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym.

Oświadczam, że dane zawarte we wniosku są zgodne ze stanem faktycznym i prawnym. O wszelkich zmianach danych zawartych w zgłoszeniu zobowiązuje się niezwłocznie powiadomić Pracodawcę.

.....
(czytelny podpis osoby składającej wniosek)