…… dnia …….
(imię i nazwisko bezrobotnego)

……
(PESEL)

……..……
(adres)

Zgłoszenie do ubezpieczenia zdrowotnego
o zarejestrowanie/ wyrejestrowanie* następujących członków rodziny:

Imię i nazwisko	**Stopień pokrewieństwa**	**PESEL**	**Nazwa szkoły i rok nauki** (dotyczy dzieci pow. 18 lat)	**Zarejestrowanie/ wyrejestrowanie* z dniem**

Oświadczam, że:

- adres zameldowania ww. osób jest zgodny z moim;
- poinformuję PUP o nabyciu przez członka rodziny prawa do ubezpieczenia zdrowotnego z innego tytułu;
- zostałem/am/ poinformowany/a/, że ubezpieczenie zdrowotne przysługuje dzieciom do ukończenia 18 lat, a w przypadku kontynuujących naukę do końca nauki, nie dłużej niż do ukończenia 26. roku życia;
- zostałem/am/ poinformowany/a/, że warunkiem dalszego ubezpieczenia dzieci powyżej 18 lat, jest zaświadczenie ze szkoły/uczelni o kontynuacji nauki;
- zobowiązuję się do zgłoszenia w PUP zakończenia lub przerwania nauki przez ubezpieczone dziecko powyżej 18 lat;
- przyjmuję do wiadomości, że w przypadku utraty przeze mnie statusu bezrobotnego, wygasa ubezpieczenie moje oraz zgłoszonych przeze mnie członków rodzin;

…….. ……..
(data wpływu i podpis pracownika PUP) (podpis bezrobotnego)

*/niepotrzebne skreślić