

2/ proszę o objęcie ubezpieczeniem zdrowotnym członków rodziny (nie zarejestrowanych jako osoby bezrobotne w PUP), pozostających ze mną we wspólnym gospodarstwie domowym

Lp.	Członek rodziny :	Stopień pokrewieństwa	Pesel	Data urodzenia	Uczęszczanie dziecka do szkoły w roku szkolnym / akademickim ...../..... czas trwania nauki /rok nauki	Data objęcia ubezpieczeniem zdrowotnym

Jednocześnie zobowiązuję się do składania oświadczenia o kontynuacji nauki (w wypadku gdy dziecko ukończy 18 rok życia) i informowania o wszelkich zmianach mających wpływ na ubezpieczenie zdrowotne członków rodziny.

.....  
/podpis osoby ubezpieczonej/

