

WYREJESTROWANIE Z UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO CZŁONKÓW RODZINY

(należy zaznaczyć właściwy kwadrat)

emeryta

rencisty

DANE IDENTYFIKACYJNE ŚWIADCZENIOBIORCY

01. Numer PESEL (1)

02. Identyfikator podatkowy NIP (2)

03. Rodzaj i numer świadczenia

 - /

04. Rodzaj dokumentu tożsamości:

jeśli dowód osobisty, wpisać 1, jeśli paszport – 2

05. Seria i numer dokumentu

06. Nazwisko

07. Imię

08. Data urodzenia (dd/mm/rrrr)

(1) Należy wpisać numer PESEL, a jeżeli nie nadano tego numeru, należy wpisać serię i numer dowodu osobistego lub paszportu.

(2) Podaje osoba, dla której identyfikatorem podatkowym jest NIP.

DANE ADRESOWE ŚWIADCZENIOBIORCY – ADRES ZAMIESZKANIA

01. Kod pocztowy

 -

02. Poczta

03. Gmina/Dzielnica

04. Miejscowość

05. Ulica

06. Numer domu

07. Numer lokalu

08. Numer telefonu (1)

09. Symbol państwa (2)(3)

10. Zagraniczny kod pocztowy (2)

11. Nazwa państwa (2)

(1) Podanie numeru telefonu nie jest obowiązkowe.

(2) Wypełnić w przypadku, gdy adres jest inny niż polski.

(3) Podanie symbolu państwa nie jest konieczne, jeżeli wniosek jest zgłaszany w formie papierowej.

Wnoszę o wyrejestrowanie z ubezpieczenia zdrowotnego wymienionych członków rodziny:

DANE CZŁONKA RODZINY – 1			
Numer PESEL (1)	Rodzaj dokumentu tożsamości: jeśli dowód osobisty, wpisać 1, jeśli paszport – 2	Seria i numer dokumentu	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Data urodzenia (dd/mm/rrrr)	Stopień pokrewieństwa/powinowactwa	Znaczny stopień niepełnosprawności (2) <input type="checkbox"/>	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Nazwisko			
<input type="text"/>			
Imię			Data utraty uprawnień do ubezpieczenia zdrowotnego
<input type="text"/>			(dd/mm/rrrr): <input type="text"/>
(1) Należy wpisać numer PESEL, a jeżeli nie nadano tego numeru, należy wpisać serię i numer dowodu osobistego lub paszportu.			
(2) Należy wpisać X – w przypadku posiadania ważnego orzeczenia o znacznym stopniu niepełnosprawności, lub innym traktowanym na równi.			

ADRES ZAMIESZKANIA CZŁONKA RODZINY – 1 – jeżeli jest inny niż Pani/Pana adres zamieszkania.			
Kod pocztowy	Poczta		
<input type="text"/>	<input type="text"/>		
Gmina/Dzielnica			
<input type="text"/>			
Miejscowość			
<input type="text"/>			
Ulica			
<input type="text"/>			
Numer domu	Numer lokalu	Numer telefonu (1)	Symbol państwa (2)(3)
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Zagraniczny kod pocztowy (2)	Nazwa państwa (2)		
<input type="text"/>	<input type="text"/>		
(1) Podanie numeru telefonu nie jest obowiązkowe.			
(2) Wypełnić w przypadku, gdy adres jest inny niż polski.			
(3) Podanie symbolu państwa nie jest konieczne, jeżeli wniosek jest zgłaszany w formie papierowej.			

DANE CZŁONKA RODZINY – 2			
Numer PESEL (1)	Rodzaj dokumentu tożsamości: jeśli dowód osobisty, wpisać 1, jeśli paszport – 2	Seria i numer dokumentu	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Data urodzenia (dd/mm/rrrr)	Stopień pokrewieństwa/powinowactwa	Znaczny stopień niepełnosprawności (2) <input type="checkbox"/>	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Nazwisko			
<input type="text"/>			
Imię			Data utraty uprawnień do ubezpieczenia zdrowotnego
<input type="text"/>			(dd/mm/rrrr): <input type="text"/>
(1) Należy wpisać numer PESEL, a jeżeli nie nadano tego numeru, należy wpisać serię i numer dowodu osobistego lub paszportu.			
(2) Należy wpisać X – w przypadku posiadania ważnego orzeczenia o znacznym stopniu niepełnosprawności, lub innym traktowanym na równi.			

ADRES ZAMIESZKANIA CZŁONKA RODZINY – 2 – jeżeli jest inny niż Pani/Pana adres zamieszkania.			
Kod pocztowy	Poczta		
<input type="text"/>	<input type="text"/>		
Gmina/Dzielnica			
<input type="text"/>			
Miejscowość			
<input type="text"/>			
Ulica			
<input type="text"/>			
Numer domu	Numer lokalu	Numer telefonu (1)	Symbol państwa (2)(3)
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Zagraniczny kod pocztowy (2)	Nazwa państwa (2)		
<input type="text"/>	<input type="text"/>		
(1) Podanie numeru telefonu nie jest obowiązkowe.			
(2) Wypełnić w przypadku, gdy adres jest inny niż polski.			
(3) Podanie symbolu państwa nie jest konieczne, jeżeli wniosek jest zgłaszany w formie papierowej.			

DANE CZŁONKA RODZINY – 3

Numer PESEL (1)	Rodzaj dokumentu tożsamości: jeśli dowód osobisty, wpisać 1, jeśli paszport – 2	Seria i numer dokumentu
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Data urodzenia (dd/mm/rrrr)	Stopień pokrewieństwa/powinowactwa	Znaczny stopień niepełnosprawności (2)
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Nazwisko	<input type="text"/>	
Imię	Data utraty uprawnień do ubezpieczenia zdrowotnego	
<input type="text"/>	(dd/mm/rrrr): <input type="text"/>	

- (1) Należy wpisać numer PESEL, a jeżeli nie nadano tego numeru, należy wpisać serię i numer dowodu osobistego lub paszportu.
 (2) Należy wpisać X – w przypadku posiadania ważnego orzeczenia o znacznym stopniu niepełnosprawności, lub innym traktowanym na równi.

ADRES ZAMIESZKANIA CZŁONKA RODZINY – 3 – jeżeli jest inny niż Pani/Pana adres zamieszkania.

Kod pocztowy	Poczta		
<input type="text"/>	<input type="text"/>		
Gmina/Dzielnica	<input type="text"/>		
Miejscowość	<input type="text"/>		
Ulica	<input type="text"/>		
Numer domu	Numer lokalu	Numer telefonu (1)	Symbol państwa (2)(3)
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Zagraniczny kod pocztowy (2)	Nazwa państwa (2)		
<input type="text"/>	<input type="text"/>		

- (1) Podanie numeru telefonu nie jest obowiązkowe.
 (2) Wypełnić w przypadku, gdy adres jest inny niż polski.
 (3) Podanie symbolu państwa nie jest konieczne, jeżeli wniosek jest zgłaszany w formie papierowej.

.....
(Miejscowość).....
(Data: dd/mm/rrrr).....
(Podpis osoby zainteresowanej
lub pełnomocnika)