

Imię i nazwisko
PESEL
Adres

Zgodnie z przepisem art. 66 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2019 r., poz. 1373 z późn. zm.) obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego podlegają bezrobotni niepodlegający obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego z innego tytułu.

W przypadku każdorazowej zmiany sytuacji bezrobotnego powodującej wyłączenie go z ubezpieczenia zdrowotnego - bezrobotny ma prawo złożenia ponownego wniosku o zgłoszenie jego oraz uprawnionych członków rodziny do ubezpieczenia zdrowotnego.

Oświadczam, że podlegam ubezpieczeniu zdrowotnemu z innego tytułu *

.....
oświadczam, że nie podlegam *
i proszę o zgłoszenie mnie do ubezpieczenia zdrowotnego.
Zgłaszam do ubezpieczenia członków rodziny:

.....
(nazwisko i imię, pokrewieństwo, pesel)

.....
(nazwisko i imię, pokrewieństwo, pesel)

.....
(nazwisko i imię, pokrewieństwo, pesel)

.....
(nazwisko i imię, pokrewieństwo, pesel)

.....
(nazwisko i imię, pokrewieństwo, pesel)

Zobowiązuję się do powiadomienia Powiatowego Urzędu Pracy w Sochaczewie o nabyciu przez członka mojej rodziny prawa do ubezpieczenia z innego tytułu oraz przyjmuję do wiadomości, że w przypadku utraty przeze mnie statusu osoby bezrobotnej, wygasa ubezpieczenie zdrowotne moje oraz zgłoszonych przeze mnie osób.

Sochaczew, dnia..... Czytelny podpis bezrobotnego.....

* niepotrzebne skreślić