

_____, _____
(Miejscowość)

(data)

(imię i nazwisko)

(PESEL, Seria i nr dowodu)

(stały adres zameldowania)

(adres zamieszkania – wypełnić, jeżeli jest inny niż zameldowanie stałe)

OŚWIADCZENIE DO UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO

Proszę o objęcie mnie obowiązkiem ubezpieczenia zdrowotnego, gdyż nie podlegam takiemu obowiązkowi z innego tytułu np. jako rolnik lub domownik rolnika posiadającego użytki rolne powyżej 1 ha przeliczeniowego lub jako osoba pobierająca rentę rodzinną.

Jednocześnie zobowiązuję się do zgłoszenia w urzędzie pracy wszelkich zmian dotyczących mojego ubezpieczenia zdrowotnego, w tym: zmianę tytułu ubezpieczenia, zgłoszenie lub wyrejestrowanie członków rodziny.

Członkowie rodziny (współmałżonek, dzieci własne i przysposobione do 18 lat, a jeżeli kształcą się dalej – do ukończenia 26 lat, krewnych wstępnych pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym).

Lp.	Imię i nazwisko	Stopień pokrewieństwa	PESEL	Data urodzenia
1				
2				
3				
4				
5				
6				

Wszystkich członków rodziny zgłoszonych i objętych ubezpieczeniem zdrowotnym przy moim ubezpieczeniu poinformuję, że ubezpieczenie to wygaśnie z dniem, kiedy utracę status osoby bezrobotnej.

Oświadczam, że dane zawarte w formularzu są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym, odpowiadającym danym, jakie podałem(am) w karcie rejestracyjnej przy rejestracji.

W przypadku czasowej niezdolności do pracy, zawiadomię o tym urząd pracy w terminie 2 dni od daty wystawienia zaświadczenia na druku ZUS ZLA (L4) i dostarczę to zaświadczenie niezwłocznie po ustaniu przyczyny niezdolności do pracy.

O wszelkich zmianach danych osobowych oraz danych zawartych we wniosku zobowiązuję się niezwłocznie powiadomić Powiatowy Urząd Pracy.

W przypadku kontynuowania nauki przez dziecko po ukończeniu 18 lat zobowiązuję się dostarczyć aktualne zaświadczenie ze szkoły.

Podpis osoby bezrobotnej