



**Wniosek o dodanie do ubezpieczenia zdrowotnego członków rodziny**  
*Application to register family members with the public healthcare system*

Proszę o dodanie do powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego następujących członków mojej rodziny\*:

*I kindly ask to include in the public healthcare system the following family members\**

Od dnia: <i>From</i>	Imię i nazwisko <i>Name and surname</i>	Data urodzenia <i>Date of birth</i>	PESEL <i>Personal Identity No.</i>	Stopień pokrewieństwa <i>Degree of kinship</i>	Adres zamieszkania <i>Residential address</i>	Czy jest osobą niepełnosprawną? <i>Degree of disability?</i>

Wymienieni członkowie rodziny pozostają ze mną we wspólnym gospodarstwie domowym.

*Family members listed above are members of the same household.*

Zobowiązuję się niezwłocznie poinformować pracodawcę, jeżeli powyższe osoby uzyskają podstawę do ubezpieczenia z innego tytułu.

*I shall immediately inform the Employer if family members listed above become eligible for any other insurance.*

.....  
Podpis/Signature

\*Pracodawca zgłasza do ubezpieczenia zdrowotnego członków rodziny pracownika pod warunkiem, że stosownego zgłoszenia nie dokonał współmałżonek pracownika./*The Employer shall register family members with the public healthcare system provided that such declaration has not been made by the spouse.*

FORM 4