

Piła, dnia

.....
(nazwisko i imię pracownika)

Publiczne Przedszkole Nr... w Piłe

.....
(nazwa zakładu pracy)

Centrum Usług Wspólnych
Gminy Piła

Proszę o wyrejestrowanie z ubezpieczenia zdrowotnego w NFZ Poznań z dniem

członka rodziny -
(stopień pokrewieństwa) (imię i nazwisko)

urodzonego/nej
(data urodzenia).

PESEL

1)* Data podjęcia zatrudnienia lub przyznania renty-emerytury przez współmałżonka zgłoszonego do ubezpieczenia zdrowotnego.....

2)* Data zakończenia nauki lub podjęcia pracy w czasie nauki przez dziecko zgłoszone do ubezpieczenia zdrowotnego.....

3)* Data zdarzenia (dotyczy osób wstępnych pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym)

.....
(podpis pracownika)

POUCZENIE

Pracownik zobowiązany jest niezwłocznie zawiadomić pracodawcę o utracie uprawnień do ubezpieczenia zdrowotnego przez małżonka lub innego członka rodziny.

Wyrejestrowaniu podlega:

- 1) współmałżonek w przypadku podjęcia pracy zarobkowej, przyznania renty-emerytury
- 2) dziecko w wieku od 18 lat do 26 lat , w razie zaprzestania nauki w szkole lub podjęcia pracy w czasie nauki
- 3) wstępni pozostający z ubezpieczonym we wspólnym gospodarstwie domowym np. z powodu zgonu.

*niepotrzebne skreślić