

.....
(miejscowość, data)

Imię i nazwisko

PESEL:

Adres zamieszkania:

WNIOSEK o zgłoszenie członków rodziny do ubezpieczenia zdrowotnego

Zwracam się z prośbą o zgłoszenie do ubezpieczenia zdrowotnego członka rodziny od dnia.....

DANE CZŁONKA RODZINY ZGŁASZANEGO DO UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO:

Imię i nazwisko członka rodziny:

PESEL

Data urodzenia:

Kod pocztowy:

Miejscowość:

Ulica, nr domu/nr mieszkania:

Stopień pokrewieństwa:

(bardzo proszę zaznaczyć właściwą odpowiedź „X”)

- ☐ współmałżonek
- ☐ dziecko własne, przysposobione lub dziecko współmałżonka
- ☐ inny (jaki?):

Czy członek rodziny pozostaje we wspólnym gospodarstwie z osobą ubezpieczoną?

(bardzo proszę zaznaczyć właściwą odpowiedź „X”)

- ☐ TAK ☐ NIE

Czy członek rodziny pozostaje na wyłącznym utrzymaniu?

(bardzo proszę zaznaczyć właściwą odpowiedź „X”)

- ☐ TAK ☐ NIE

Kod stopnia niepełnosprawności członka rodziny:

(bardzo proszę zaznaczyć właściwą odpowiedź „X”)

- ☐ nie dotyczy ☐ lekki, umiarkowany, znaczny (jaki?):
- ☐ niepełnosprawność stwierdzona przez 16 rokiem życia

Oświadczam, że dane zawarte w formularzu są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym.
Jestem świadom(a) odpowiedzialności karnej za podanie nieprawdy lub zatajenie prawdy.
Jednocześnie zobowiązuję się do niezwłocznego powiadomienia pracodawcy w
przypadku zmiany danych podanych w powyższym kwestionariuszu.

.....
(podpis pracownika)