

.....
(miejscowość, data)

Imię i nazwisko

PESEL:

Adres zamieszkania:

WNIOSZEK 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 прошу zaznaczyć właściwą odpowiedź „X”)

- wspólna małżonek
 dziecko własne, przysposobione lub dziecko wspólna małżonka
 inny (jaki?):

Czy członek rodziny pozostaje we wspólnym gospodarstwie z osobą ubezpieczoną?

(bardzo прошу zaznaczyć właściwą odpowiedź „X”)

- TAK NIE

Czy członek rodziny pozostaje na wyjątkowym utrzymaniu?

(bardzo прошу zaznaczyć właściwą odpowiedź „X”)

- TAK NIE

Kod stopnia niepełnosprawności członka rodziny:

(bardzo прошу 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)