

.....
(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?):

*W przypadku zgłoszenia dziecka powyżej 18-tego roku życia proszę o podanie nazwy szkoły, w której kształci się dziecko

Czy członek rodziny pozostaje we wspólnym gospodarstwie z osobą ubezpieczoną?

(bardzo proszę zaznaczyć właściwą odpowiedź „X”)

TAK NIE

Czy członek 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

niepełnosprawność stwierdzona przed 16-tym 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)