.....
(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)