

.....  
(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)