

Chęciny, dnia

ZGŁOSZENIE / WYREJESTROWANIE CZŁONKA RODZINY DO UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO OD DNIA.....

1. Imię i nazwisko pracownika:.....
2. Adres zamieszkania z kodem pocztowym:.....
3. Miejsce pracy:.....
4. Oddział Narodowego Funduszu Zdrowia:.....

DANE CZŁONKA RODZINY ZGŁASZANEGO DO UBEZPIECZENIA LUB WYREJESTROWANEGO Z UBEZPIECZENIA

1. Imię i nazwisko członka rodziny:.....
2. PESEL:.....
3. Data urodzenia:.....
4. Kod pocztowy:.....
5. Miejscowość:.....
6. Ulica, nr domu / nr mieszkania:.....

Stopień pokrewieństwa: (proszę zaznaczyć właściwą odpowiedź „X”)

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

Czy członek rodziny pozostaje we wspólnym gospodarstwie z osobą ubezpieczoną? (proszę zaznaczyć właściwą odpowiedź „X”)

- TAK NIE

Czy członek rodziny pozostaje na wyłącznym utrzymaniu ? (proszę zaznaczyć właściwą odpowiedź „X”)

- TAK NIE

Kod stopnia niepełnosprawności członka rodziny: (proszę zaznaczyć właściwą odpowiedź „X”)

- nie dotyczy lekki, umiarkowany, znaczny (jaki)
- niepełnosprawność stwierdzona przed 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 zobowiązuje się do niezwłocznego powiadomienia pracodawcy w przypadku zmiany danych podanych w powyższym kwestionariuszu.

.....

(data i podpis pracownika)