

Chęciny, dnia

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

Imię i nazwisko pracownika		
Adres zamieszkania z kodem pocztowym		
Miejsce pracy		
Oddział Narodowego Funduszu Zdrowia		
DANE CZŁONKA RODZINY ZGŁASZANEGO DO UBEZPIECZENIA LUB WYREJESTROWANEGO Z UBEZPIECZENIA		
Imię i nazwisko członka rodziny		
PESEL		
Data urodzenia		
Kod pocztowy		
Miejscowość		
Ulica, nr domu / nr mieszkania		
Stopień pokrewieństwa*	☐	współmałżonek
	☐	dziecko własne, przysposobione lub dziecko współmałżonka
	☐	inny (jaki):
Czy członek rodziny pozostaje we wspólnym gospodarstwie z osobą ubezpieczoną?	☐	TAK
	☐	NIE
Czy członek rodziny pozostaje na wyłącznym utrzymaniu?	☐	TAK
	☐	NIE
Kod stopnia niepełnosprawności członka rodziny	☐	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)

* proszę zaznaczyć właściwą odpowiedź „X”