

.....  
(imię i nazwisko pracownika)

.....  
(miejscowość i data)

### ZGŁOSZENIE DO UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO CZŁONKÓW RODZINY

Whoszę o zgłoszenie do ubezpieczenia zdrowotnego od dnia .....niżej wymienionych członków rodziny:

L-p.	Nazwisko i imię	PESEL	Adres zamieszkania	Stopień pokrewieństwa	Stopień niepełnosprawności
1.					
2.					
3.					
4.					
5.					

Oświadczam, że zgłaszani do ubezpieczenia zdrowotnego członkowie rodziny nie podlegają ubezpieczeniu zdrowotnemu z innego tytułu, a ponadto krewny wstępny (ojciec, matka, dziadek, babcia) wymieniony w pkt ..... pozostaje ze mną we wspólnym gospodarstwie domowym. Oświadczam, że dane zawarte w zgłoszeniu są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym. Jestem świadomy(ma) odpowiedzialności karnej za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy.

O wystąpieniu zmian mających wpływ na treść złożonego wniosku i oświadczenia niezwłocznie powiadomię.

\* niepotrzebne skreślić

.....  
(podpis pracow