**Załącznik nr 2 – Wniosek o zgłoszenie członka rodziny do ubezpieczenia zdrowotnego**......................................................  
(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.

.......................................................  
Data i podpis