**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