

Kraków, dnia

Nazwisko i imię:

Jednostka:

WNIOSEK

o zgłoszenie/wyrejestrowanie członka rodziny /ubezpieczenie zdrowotne/

z dniem

DANE CZŁONKA RODZINY:

nazwisko i imię:

data i miejsce urodzenia:

PESEL

Stopień pokrewieństwa członka rodziny:

- współmałżonek
- dziecko własne, przysposobione lub dziecko obce przyjęte
- inny (jaki?):

Stopień niepełnosprawności członka rodziny:

- nie dotyczy
- lekki, umiarkowany, znaczny (jaki?):
- niepełnosprawność stwierdzona przez upływem 16 rokiem życia

Czy członek rodziny pozostaje na wyłącznym utrzymaniu osoby ubezpieczonej?

- TAK NIE

Czy członek rodziny pozostaje we wspólnym gospodarstwie z osobą ubezpieczoną?

- TAK NIE

adres zamieszkania (jeśli NIE):

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.

.....
(podpis pracownika)