

Gorzów Wlkp., dnia

.....
(nazwisko i imię pracownika)

.....
(adres zamieszkania)

Zgłoszenie do ubezpieczenia zdrowotnego członków rodziny

Proszę o zgłoszenie do ubezpieczenia zdrowotnego **od dnia** mojej/mojego:

1.,
(stopień pokrewieństwa)

imię i nazwisko

stopień pokrewieństwa

urodzony/a,
(data i miejsce urodzenia)

posiadający/a nr ewidencyjny PESEL

posiadający/a stopień niepełnosprawności,
(stopień niepełnosprawności)

zamieszkały/a w,
(dokładny adres zamieszkania)

2.,
(stopień pokrewieństwa)

imię i nazwisko

stopień pokrewieństwa

urodzony/a,
(data i miejsce urodzenia)

posiadający/a nr ewidencyjny PESEL

posiadający/a stopień niepełnosprawności,
(stopień niepełnosprawności)

zamieszkały/a w,
(dokładny adres zamieszkania)

3.,
(stopień pokrewieństwa)

imię i nazwisko

stopień pokrewieństwa

urodzony/a,
(data i miejsce urodzenia)

posiadający/a nr ewidencyjny PESEL

posiadający/a stopień niepełnosprawności,
(stopień niepełnosprawności)

zamieszkały/a w,
(dokładny adres zamieszkania)

VERTE

4.,
(stopień pokrewieństwa)

imię i nazwisko

stopień pokrewieństwa

urodzony/a,
(data i miejsce urodzenia)

posiadający/a nr ewidencyjny PESEL

posiadający/a stopień niepełnosprawności,
(stopień niepełnosprawności)

zamieszkały/a w,
(dokładny adres zamieszkania)

5.,
(stopień pokrewieństwa)

imię i nazwisko

stopień pokrewieństwa

urodzony/a,
(data i miejsce urodzenia)

posiadający/a nr ewidencyjny PESEL

posiadający/a stopień niepełnosprawności,
(stopień niepełnosprawności)

zamieszkały/a w,
(dokładny adres zamieszkania)

Oświadczenie

Oświadczam, że podani członkowie rodziny:

- nie są zarejestrowani w Powiatowym Urzędzie Pracy w,
- nie pracują,
- nie mają innego tytułu do ubezpieczeń.

Pozostają/nie pozostają* we wspólnym gospodarstwie domowym.

O wszelkich zmianach zobowiązuję się niezwłocznie powiadomić zakład pracy.

* niewłaściwe skreślić

.....
czytelny podpis pracownika