BIURO RACHUNKOWE
NICOLE KACZOROWSKA

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: .....

Adres zamieszkania: .....

Stopień pokrewieństwa*:

□ współmałżonek

□ dziecko własne, przysposobione lub dziecko współmałżonka

□ inny (jaki?): .....

Czy członek rodziny pozostaje we wspólnym gospodarstwie z osobą ubezpieczoną?*

□ TAK

□ NIE

Czy członek rodziny pozostaje na wyłącznym utrzymaniu?*

□ TAK

□ NIE

Kod stopnia niepełnosprawności członka rodziny*:

□ nie dotyczy

□ lekki, umiarkowany, znaczny (jaki?): .....

□ niepełnosprawność stwierdzona przed 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.

.....

(podpis pracownika)