



SZPITAL SPECJALISTYCZNY NR 1
ul. Żeromskiego 7, 41-902 Bytom

_____ (miejsowość i data)

Imię i nazwisko pracownika: _____

PESEL: _____ NIP: _____

Seria i numer dowodu osobistego: _____

Data urodzenia: _____

WNIOSEK

o złożenie członków rodziny do ubezpieczenia zdrowotnego

Zwracam się z prośbą o zgłoszenie do ubezpieczenia zdrowotnego członków rodziny, których adres zamieszkania jest następujący:

Kod pocztowy: _____ Miejscowość: _____

Ulica, nr domu/nr mieszkania: _____

Gmina: _____

1. DANE CZŁONKA RODZINY ZGŁASZANEGO DO UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO:

Imię i nazwisko członka rodziny: _____

PESEL: _____ NIP: _____

Seria i numer dowodu osobistego: _____ Data urodzenia: _____

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

Kod stopnia niepełnosprawności członka rodziny:

(bardzo proszę zaznaczyć właściwą odpowiedź „X”)

- nie dotyczy lekki, umiarkowany, znaczny*)
 niepełnosprawność stwierdzona przez 16 rokiem życia

2. DANE CZŁONKA RODZINY ZGŁASZANEGO DO UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO:

Imię i nazwisko członka rodziny: _____

PESEL: _____ NIP: _____

Seria i numer dowodu osobistego: _____ Data urodzenia: _____

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

Kod stopnia niepełnosprawności członka rodziny:

(bardzo proszę zaznaczyć właściwą odpowiedź „X”)

- nie dotyczy lekki, umiarkowany, znaczny^{*)}
- niepełnosprawność stwierdzona przez 16 rokiem życia

3. DANE CZŁONKA RODZINY ZGŁASZANEGO DO UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO:

Imię i nazwisko członka rodziny: _____

PESEL: _____ NIP: _____

Seria i numer dowodu osobistego: _____ Data urodzenia: _____

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

Kod stopnia niepełnosprawności członka rodziny:

(bardzo proszę zaznaczyć właściwą odpowiedź „X”)

- nie dotyczy lekki, umiarkowany, znaczny^{*)}
- 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.

(podpis pracownika)

