

# Oświadczenie osoby ubezpieczonej (pracownika) w celu zgłoszenia członków rodziny do ubezpieczenia zdrowotnego

## 1 Dane członka rodziny osoby ubezpieczonej:

Imię: Nazwisko: Data urodzenia:

NIP: PESEL:

Czy członek rodziny pozostaje na wyłącznym utrzymaniu osoby ubezpieczonej? TAK / NIE \*

Czy członek rodziny pozostaje we wspólnym gospodarstwie domowym z osobą ubezpieczoną? TAK / NIE \*

Rodzaj pokrewieństwa / powinowactwa członka rodziny z osobą ubezpieczoną:

- małżonek\*
- dziecko własne, przysposobione lub dziecko drugiego małżonka\*
- wnuk lub dziecko obce przyjęte na wychowane, również w ramach rodziny zastępczej\*
- matka\*
- ojciec\*
- macocha\*
- ojczym\*
- babka\*
- dziadek\*
- osoby przysposabiające osoby ubezpieczone\*
- inni krewni wstępni pozostający z ubezpieczonym we wspólnym gospodarstwie domowym i nie objęci obowiązkiem ubezpieczenia\*

Czy członek rodziny posiada orzeczenie o niepełnosprawności? TAK / NIE \*

Jeżeli TAK to podać stopień niepełnosprawności: lekki\* umiarkowany\* znaczny\*

Adres zamieszkania członka rodziny:

województwo: ..... powiat: .....

gmina: ..... miejscowość: .....

ulica: ..... numer domu: ..... numer lokalu: .....

kod pocztowy: ..... poczta: .....

Wnoszę o zgłoszenie członka rodziny .....  
/imię/ /nazwisko/ / PESEL/

do ubezpieczenia zdrowotnego.

## 2 Dane członka rodziny osoby ubezpieczonej:

Imię: Nazwisko: Data urodzenia:

NIP: PESEL:

Czy członek rodziny pozostaje na wyłącznym utrzymaniu osoby ubezpieczonej? TAK / NIE \*

Czy członek rodziny pozostaje we wspólnym gospodarstwie domowym z osobą ubezpieczoną? TAK / NIE \*

Rodzaj pokrewieństwa / powinowactwa członka rodziny z osobą ubezpieczoną:

- małżonek\*
- dziecko własne, przysposobione lub dziecko drugiego małżonka\*
- wnuk lub dziecko obce przyjęte na wychowane, również w ramach rodziny zastępczej\*
- matka\*
- ojciec\*
- macocha\*
- ojczym\*
- babka\*
- dziadek\*
- osoby przysposabiające osoby ubezpieczone\*
- inni krewni wstępni pozostający z ubezpieczonym we wspólnym gospodarstwie domowym i nie objęci obowiązkiem ubezpieczenia\*

Czy członek rodziny posiada orzeczenie o niepełnosprawności? TAK / NIE \*

Jeżeli TAK to podać stopień niepełnosprawności: lekki\* umiarkowany\* znaczny\*

Adres zamieszkania członka rodziny:

województwo: ..... powiat: .....

gmina: ..... miejscowość: .....

ulica: ..... numer domu: ..... numer lokalu: .....

kod pocztowy: ..... poczta: .....

Wnoszę o zgłoszenie członka rodziny .....  
/imię/ /nazwisko/ / PESEL/

do ubezpieczenia zdrowotnego.

.....  
Data

.....  
Czytelny podpis osoby ubezpieczonej