

(imie i nazwisko)

Wodzisław Śląski dnia.....

(adres)

OŚWIADCZENIE

dotyczące zgłoszenia członków rodziny do ubezpieczenia zdrowotnego

Dane członków rodziny:

1.		
Imię i nazwisko	data urodzenia	pesel lub rodzaj, seria i numer dokumentu

☐ Zgłaszam do ubezpieczenia zdrowotnego*
Stopień pokrewieństwa

Adres zamieszkania jeżeli jest inny niż ubezpieczonego

☐ Znaczny stopień niepełnosprawności

☐ Pozostają z członkiem rodziny we wspólnym gospodarstwie domowym**

2.		
Imię i nazwisko	data urodzenia	pesel lub rodzaj, seria i numer dokumentu

☐ Zgłaszam do ubezpieczenia zdrowotnego* Stopień pokrewieństwa

Adres zamieszkania jeżeli jest inny niż ubezpieczonego

☐ Znaczny stopień niepełnosprawności ☐ Pozostają z członkiem rodziny we wspólnym gospodarstwie domowym**

3.		
Imię i nazwisko	data urodzenia	pesel lub rodzaj, seria i numer dokumentu

☐ Zgłaszam do ubezpieczenia zdrowotnego*
Stopień pokrewieństwa

Adres zamieszkania jeżeli jest inny niż ubezpieczonego

☐ Znaczny stopień niepełnosprawności ☐ Pozostają z członkiem rodziny we wspólnym gospodarstwie domowym**

*) W przypadku zgłoszenia do ubezpieczenia zdrowotnego należy dodatkowo podać stopień pokrewieństwa, informację o znacznym stopniu niepełnosprawności oraz miejscu zamieszkania

***) dotyczy tylko wstępnych pozostających z ubezpieczonym we wspólnym gospodarstwie domowym

**) dotyczy tylko wstępnych pozostających z ubezpieczonym we wspólnym gospodarstwie domowym