

.....
(nazwisko i imię)

.....
(adres)

.....

Wniosek
o zgłoszenie do ubezpieczenia zdrowotnego członka rodziny

Proszę o zgłoszenie do ubezpieczenia zdrowotnego następujących członków rodziny:

1. z dniem.....
(imię i nazwisko) (data)

stopień pokrewieństwa..... PESEL

NIP lub nr dowodu osobist.

2. z dniem.....
(imię i nazwisko) (data)

stopień pokrewieństwa..... PESEL

NIP lub nr dowodu osobist.

3. z dniem.....
(imię i nazwisko) (data)

stopień pokrewieństwa..... PESEL

NIP lub nr dowodu osobist.

Jednocześnie oświadczam, że w/w członkowie rodziny:

1. pozostają*/nie pozostają* na moim wyłącznym utrzymaniu,
2. posiadają*/nie posiadają* orzeczenia o niepełnosprawności w stopniu
3. pozostaje*/nie pozostaje* we wspólnym gospodarstwie domowym.

O zmianie okoliczności mających wpływ na uprawnienie do ubezpieczenia zdrowotnego poinformuję Płatnika niezwłocznie nie później niż w terminie 7 dni od ich zaistnienia.

* niepotrzebne skreślić

Hrubieszów, dn.

.....

(podpis)