

miejsowość, data

imię i nazwisko pracownika

adres

pesel

Do (oznaczenie pracodawcy)

**WNIOSEK O ZGŁOSZENIE CZŁONKA RODZINY DO UBEZPIECZENIA  
ZDROWOTNEGO, BĘDĄCY NA WYŁĄCZNYM UTRZYMANIU UBEZPIECZONEGO\***

**I. Dane identyfikacyjne osoby zgłaszanej do ubezpieczenia zdrowotnego**

PESEL

Nazwisko

Imiona

Data Urodzenia

/ /

Stopień pokrewieństwa

Stopień niepełnosprawności

Czy zgłaszana osoba zamieszkuje wspólnie ze zgłaszającym TAK / NIE

/

zaznacz wybór znakiem X  
w wersji drukowanej.

Jeżeli nie zamieszkuje wspólnie podać aktualny adres

\*Dane należy wypełnić dla każdego członka rodziny oddzielnie. Należy pamiętać, że członkowie rodziny mogą być zgłoszeni tylko przez jednego z rodziców / opiekunów.

## II. Dane identyfikacyjne osoby zgłaszanej do ubezpieczenia zdrowotnego

PESEL

Nazwisko

Imiona

Data Urodzenia

/ /

Stopień pokrewieństwa

Stopień niepełnosprawności

Czy zgłaszana osoba zamieszkuje wspólnie ze zgłaszającym TAK / NIE

/

Jeżeli nie zamieszkuje wspólnie podać aktualny adres

podpis pracownika