

## **Wniosek o zgłoszenie członka rodziny do ubezpieczenia zdrowotnego**

Imię i nazwisko pracownika .....

Adres zamieszkania pracownika.....

Miejsce pracy.....

### **Dane członka rodziny zgłaszanego do ubezpieczenia zdrowotnego:**

Imię i nazwisko.....

Adres zamieszkania.....

PESEL.....

Data urodzenia.....

Stopień pokrewieństwa.....

Stopień niepełnosprawności.....

**Data zgłoszenia do ub. zdrowotnego**.....

W/w członek rodziny:

- Pozostaje ze mną we wspólnym gospodarstwie domowym TAK – NIE\*

### **Oświadczenie**

Zobowiązuję się do bezzwłocznego poinformowania zakładu pracy o wszelkich zaistniałych zmianach które mogą spowodować utratę prawa do ubezpieczenia zdrowotnego członka rodziny.

.....  
data i podpis pracownika

\* niepotrzebne skreślić