



.....
(miejscowość i data)

.....
(Imię i nazwisko)

.....
(ulica, nr domu, nr lokalu)

.....
(kod pocztowy, miejscowość)

.....
(dane pracodawcy – nazwa firmy)

.....
(ulica, nr domu, nr lokalu)

.....
(kod pocztowy, miejscowość)

WNIOSEK O UBEZPIECZENIE ZDROWOTNE CZŁONKÓW RODZINY

Proszę o zgłoszenie moich członków rodziny do ubezpieczenia zdrowotnego:

1. Imię i nazwisko członka rodziny

.....
a) data urodzenia

.....
b) nr PESEL

c) stopień pokrewieństwa

2. Imię i nazwisko członka rodziny

.....
a) data urodzenia

.....
b) nr PESEL

c) stopień pokrewieństwa

3. Imię i nazwisko członka rodziny

.....
a) data urodzenia

.....
b) nr PESEL

c) stopień pokrewieństwa

Ponadto oświadczam, iż członkowie rodziny nie posiadają stopnia niepełnosprawności, zamieszkują razem ze mną w jednym gospodarstwie domowym, a adres zamieszkania jest zgodny z moim adresem.

.....
(podpis osoby składającej oświadczenie)