……………………………………………….

(miejscowość, data)

Imię i nazwisko ..........................................................................................................................................................

PESEL: ........................................................................................................................................................................

Adres zamieszkania: ..................................................................................................................................................

**WNIOSEK**

**o zgłoszenie członków rodziny do ubezpieczenia zdrowotnego**

Zwracam się z prośbą o zgłoszenie do ubezpieczenia zdrowotnego członka rodziny od dnia ...................................

**DANE CZŁONKA RODZINY ZGŁASZANEGO DO UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO:**

Imię i nazwisko członka rodziny: ...............................................................................................................................

PESEL ..........................................................................................................................................................................

Data urodzenia: .........................................................................................................................................................

Kod pocztowy: ...........................................................................................................................................................

Miejscowość: .............................................................................................................................................................

Ulica, nr domu/nr mieszkania: ..................................................................................................................................

**Stopień pokrewieństwa:**

(bardzo proszę zaznaczyć właściwą odpowiedź „X”)

□ współmałżonek

□ dziecko własne, przysposobione lub dziecko współmałżonka

□ inny (jaki?): .............................................................................................................................................................

**Czy członek rodziny pozostaje we wspólnym gospodarstwie z osobą ubezpieczoną?**

(bardzo proszę zaznaczyć właściwą odpowiedź „X”)

□ TAK □ NIE

**Czy członek rodziny pozostaje na wyłącznym utrzymaniu?**

(bardzo proszę zaznaczyć właściwą odpowiedź „X”)

□ TAK □ NIE

**Kod stopnia niepełnosprawności członka rodziny:**

(bardzo proszę zaznaczyć właściwą odpowiedź „X”)

□ nie dotyczy

□ lekki, umiarkowany, znaczny (jaki?): ............................................................................................

□ niepełnosprawność stwierdzona przez 16 rokiem życia

Oświadczam, że dane zawarte w formularzu są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym.

Jestem świadom(a) odpowiedzialności karnej za podanie nieprawdy lub zatajenie prawdy.

Jednocześnie zobowiązuję się do niezwłocznego powiadomienia pracodawcy w

przypadku zmiany danych podanych w powyższym kwestionariuszu.

……………………………………………….

Podpis Uczestnika/czki projektu