

## ZGŁOSZENIE DANYCH O CZŁONKACH RODZINY DO UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO

ZGŁOSZENIE NALEŻY WYPEŁNIĆ DRUKOWANYMI LITERAMI

Imię i nazwisko pracownika .....

Adres zamieszkania .....

PESEL.....

RODZAJ INFORMACJI	DANE O CZŁONKU RODZINY	DANE O CZŁONKU RODZINY
PIERWSZE IMIĘ		
NAZWISKO		
PESEL		
DATA URODZENIA (dd-mm-rrrr)		
SERIA I NR DOKUMENTU RODZAJ DOKUMENTU	_____ dowód osobisty lub paszport _____	_____ dowód osobisty lub paszport _____
STOPIEŃ POKREWIEŃSTWA		
CZY POZOSTAJE NA WYŁĄCZNYM UTRZYMANIU OSOBY UBEZPIECZONEJ?		
CZY POZOSTAJE WE WSPÓLNYM GOSPODARSTWIE DOMOWYM Z OSOBĄ UBEZPIECZONĄ?		
RODZAJ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI		
<b>ADRES ZAMIESZKANIA CZŁONKA RODZINY</b>		
KOD POCZTOWY - MIEJSCOWOŚĆ		
GMINA		
ULICA NR DOMU – NR LOKALU		
NR TELEFONU		

.....  
(data i podpis pracownika)