

Informacje

Zgłoszenie członków rodziny Pracownika do ubezpieczeń społecznych i zdrowotnego

Nazwisko Pracownika: Data urodzenia:

Dotyczy członków rodziny **pozostających na wyłącznym utrzymaniu Pracownika** a nie objętych ubezpieczeniem z innego tytułu:

1. małżonek, małżonka
2. dziecko własne, przysposobione lub dziecko małżonka
3. wnuk lub dziecko obce, dla którego ustanowiono opiekę, albo dziecko obce w ramach rodziny zastępczej
4. matka
5. ojciec
6. macocha
7. ojczym
8. babka
9. dziadek
10. osoby przysposabiające osoby ubezpieczone
11. inni wstępni pozostający z ubezpieczonym we wspólnym gospodarstwie domowym

Proszę o dokonanie zgłoszenie do ubezpieczenia zdrowotnego następujących członków mojej rodziny:

1) Nazwisko: **Imię pierwsze:**

Stopień pokrewieństwa: data urodzenia:

Nr PESEL

jeżeli nie nadano nr PESEL Dowód osobisty lub Paszport* - seria i numer:

Stopień niepełnosprawności:

1. nieposiadającą orzeczenia o niepełnosprawności*
2. posiadającą orzeczenie o lekkim stopniu niepełnosprawności*
3. posiadającą orzeczenie o umiarkowanym stopniu niepełnosprawności*
4. posiadającą orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności
5. posiadającą orzeczenie o niepełnosprawności wydawane osobom do 16 roku życia*

2) Nazwisko: **Imię pierwsze:**

Stopień pokrewieństwa: data urodzenia:

Nr PESEL

jeżeli nie nadano nr PESEL Dowód osobisty lub Paszport* - seria i numer:

Stopień niepełnosprawności:

1. nieposiadającą orzeczenia o niepełnosprawności*
2. posiadającą orzeczenie o lekkim stopniu niepełnosprawności*
3. posiadającą orzeczenie o umiarkowanym stopniu niepełnosprawności*
4. posiadającą orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności
5. posiadającą orzeczenie o niepełnosprawności wydawane osobom do 16 roku życia*

3) Nazwisko: **Imię pierwsze:**

Stopień pokrewieństwa: data urodzenia:

Nr PESEL

jeżeli nie nadano nr PESEL Dowód osobisty lub Paszport* - seria i numer:

Stopień niepełnosprawności:

1. nieposiadającą orzeczenia o niepełnosprawności*
2. posiadającą orzeczenie o lekkim stopniu niepełnosprawności*
3. posiadającą orzeczenie o umiarkowanym stopniu niepełnosprawności*
4. posiadającą orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności
5. posiadającą orzeczenie o niepełnosprawności wydawane osobom do 16 roku życia*

4) Nazwisko: **Imię pierwsze:**

Stopień pokrewieństwa: data urodzenia:

Nr PESEL

jeżeli nie nadano nr PESEL Dowód osobisty lub Paszport* - seria i numer:

Stopień niepełnosprawności:

1. nieposiadającą orzeczenia o niepełnosprawności*
2. posiadającą orzeczenie o lekkim stopniu niepełnosprawności*
3. posiadającą orzeczenie o umiarkowanym stopniu niepełnosprawności*
4. posiadającą orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności
5. posiadającą orzeczenie o niepełnosprawności wydawane osobom do 16 roku życia*

DEKLARACJA:

Proszę o dokonanie zgłoszenia powyższych członków mojej rodziny do ubezpieczenia zdrowotnego od dnia

Oświadczam, że podane przeze mnie powyżej informacje są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym, a w przypadku jakichkolwiek zmian poinformuję o nich Pracodawcę.

Miejscowość i data:

Podpis Pracownika: