. . . . . .
(miejscowość i data)

Dane dla celów zgłoszenia członka rodziny do ubezpieczenia zdrowotnego

I. Dane identyfikacyjne osoby zgłaszającej

Imię . . . . . .

Nazwisko . . . . . .

PESEL . . . . . .

Data urodzenia . . . . . .

II. Dane członka rodziny uprawnionego do świadczeń opieki zdrowotnej

Imię . . . . . .

Nazwisko . . . . . .

PESEL . . . . . .

Data urodzenia . . . . . .

Adres zamieszkania . . . . . .

. . . . . .

Data uzyskania/utraty*) uprawnień do ubezpieczenia zdrowotnego przez członka rodziny

. . . . . .

Stopień pokrewieństwa/powinowactwa

☐ Małżonek(-ka)

☐ Dziecko (własne, przysposobione lub współmałżonka albo obce, dla którego ustanowiono opiekę lub obce w ramach rodziny zastępczej lub rodzinnego domu dziecka, wnuk)

☐ Wstępny (jaki?) . . . . . .

Czy członek rodziny pozostaje we wspólnym gospodarstwie z osobą ubezpieczoną?

☐ Tak ☐ Nie

Stopień niepełnosprawności członka rodziny

☐ Nie dotyczy

☐ Lekki ☐ Umiarkowany ☐ Znaczny

☐ Niepełnosprawność stwierdzona przed 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.

. . . . . .
(podpis osoby zgłaszającej)

*) niepotrzebne skreślić