

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