

**ZGŁOSZENIE DANYCH O CZŁONKACH RODZINY,
KTÓRYCH ADRES ZAMIESZKANIA
JEST ZGODNY Z ADRESEM ZAMIESZKANIA UBEZPIECZONEGO
DO CELÓW UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO**

I DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY UBEZPIECZONEJ	
1.	IMIĘ I NAZWISKO PRACOWNIKA:
2.	PESEL:
3.	NIP:
4.	MIEJSCE PRACY:

ZGŁOSZENIE NOWEGO CZŁONKA RODZINY - TAK/NIE*

WYREJESTROWANIE CZŁONKA RODZINY - TAK/NIE*

**DATA UZYSKANIA/UTRATY* UPRAWNIENI DO UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO
PRZEZ CZŁONKA RODZINY:**

II DANE O CZŁONKU RODZINY OSOBY UBEZPIECZONEJ UPRAWNIONYM DO ŚWIADCZEŃ Z UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO	
1.	NAZWISKO:
2.	IMIĘ PIERWSZE:
3.	PESEL:
4.	NIP:
5.	RODZAJ DOKUMENTU:
6.	SERIA I NR DOKUMENTU:
7.	DATA URODZENIA:
8.	STOPIEŃ POKREWIEŃSTWA:
9.	STOPIEŃ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI:

CZY POZOSTAJE NA WYŁĄCZNYM UTRZYMANIU OSOBY UBEZPIECZONEJ?

- TAK/NIE*

CZY POZOSTAJE WE WSPÓLNYM GOSPODARSTWIE DOMOWYM Z OSOBĄ UBEZPIECZONĄ?

- TAK/NIE*

.....
(DATA I PODPIS PRACOWNIKA)

* (NIEPOTRZEBNE SKREŚLIĆ)