...., dnia .....
(Nazwisko i imię pracownika)

.....
(adres)

.....

.....
(Nazwa i adres Zakładu Pracy)

.....

.....

Zwracam się z prośbą o zgłoszenie do ubezpieczenia zdrowotnego z tytułu mojego zatrudnienia w Waszej Firmie wymienionych członków rodziny:

1. Nazwisko i imię .....

Adres zamieszkania .....

Pesel..... Dowód osobisty.....

Stopień pokrewieństwa .....

Stopień niepełnosprawności .....

Zgłoszenie od dnia.....

Czy pozostaje we wspólnym gospodarstwie domowym z osobą ubezpieczoną.....

2. Nazwisko i imię .....

Adres zamieszkania .....

Pesel..... Dowód osobisty.....

Stopień pokrewieństwa .....

Stopień niepełnosprawności .....

Zgłoszenie od dnia.....

Czy pozostaje we wspólnym gospodarstwie domowym z osobą ubezpieczoną.....

3. Nazwisko i imię .....

Adres zamieszkania .....

Pesel..... Dowód osobisty.....

Stopień pokrewieństwa .....

Stopień niepełnosprawności .....

Zgłoszenie od dnia.....

Czy pozostaje we wspólnym gospodarstwie domowym z osobą ubezpieczoną.....

Stwierdzam, że powyższe dane podałem zgodnie ze stanem faktycznym. Odpowiedzialność karno -skarbową za podanie danych niezgodnych z prawdą jest mi znana. Zobowiązuję się powiadomić o wszelkich zmianach związanych z ubezpieczeniem moich członków rodziny.

.....
(podpis pracownika)