

OŚWIADCZENIE PRACOWNIKA DLA CELÓW UBEZPIECZENIOWYCH

1. Nazwisko i imię/imiona pracownika	2. Oddział Narodowego Funduszu Zdrowia
3. Nazwisko rodowe	4. PESEL (w przypadku braku nr pesel podać serię i nr dowodu osobistego lub paszportu)
5. Kod pocztowy, adres faktycznego zamieszkania /zameldowania na stałe..... adres do korespondencji numer telefonu	
6. Stopień niepełnosprawności (lekki, umiarkowany, znaczny)	

Członkowie rodziny pozostający na wyłącznym utrzymaniu ubezpieczonego, tj. dzieci (do ukończenia 18 roku życia lub do ukończenia 26 roku życia, jeżeli kształcą się, albo bez ograniczenia wieku, jeżeli są niepełnosprawne w stopniu znacznym), małżonek, krewni wstępni. Pozostający z ubezpieczonym we wspólnym gospodarstwie domowym i nie są objęci obowiązkiem ubezpieczenia.

Nazwisko i imię	Data urodzenia	PESEL	Pokrewieństwo	Objąć obowiązkiem ubezpiecz. od dnia	Adres zamieszkania	Niepełnosprawność (podać stopień)
1	2	3	4	5	6	7

Oświadczam, że powyższe zgłoszenie wypełniam zgodnie z prawdą i że świadomy (a) jestem odpowiedzialności karnej za podanie nieprawdy.
 Jednocześnie zobowiązuję się niezwłocznie (nie później niż w terminie 7 dni) powiadomić płatnika składek o zaistniałych zmianach w zakresie danych objętych niniejszym oświadczeniem.

.....
 Data i podpis pracownika