**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