

Oświadczenie o członkach rodziny zgłaszanych do ubezpieczenia zdrowotnego ZUS

Imię i nazwisko pracownika.....

1. Dane członka rodziny, który ma być zgłoszony/ wyrejestrowany * z ubezpieczenia zdrowotnego:

Nazwisko imię.....

Stopień pokrewieństwa

Stopień niepełnosprawności ** :

- osoba nieposiadająca orzeczenia o niepełnosprawności lub osoba, która posiada orzeczenie i nie przedkłada go
- osoba o lekkim stopniu niepełnosprawności
- osoba o umiarkowanym stopniu niepełnosprawności
- osoba o znacznym stopniu niepełnosprawności
- osoba z orzeczeniem o niepełnosprawności wydawanym osobom do 16 roku życia

Data zgłoszenia/ wyrejestrowania *

PESEL

Data urodzenia

Czy pozostaje we wspólnym gospodarstwie domowym ze zgłaszającym? ** TAK NIE

Adres zamieszkania (jeśli inny niż pracownika).....

.....

2. Dane członka rodziny, który ma być zgłoszony/ wyrejestrowany * z ubezpieczenia zdrowotnego:

Nazwisko imię.....

Stopień pokrewieństwa

Stopień niepełnosprawności ** :

- osoba nieposiadająca orzeczenia o niepełnosprawności lub osoba, która posiada orzeczenie i nie przedkłada go
- osoba o lekkim stopniu niepełnosprawności
- osoba o umiarkowanym stopniu niepełnosprawności
- osoba o znacznym stopniu niepełnosprawności
- osoba z orzeczeniem o niepełnosprawności wydawanym osobom do 16 roku życia

Data zgłoszenia/ wyrejestrowania *

PESEL

Data urodzenia

Czy pozostaje we wspólnym gospodarstwie domowym ze zgłaszającym? ** TAK NIE

Adres zamieszkania (jeśli inny niż pracownika).....

.....

3. Dane członka rodziny, który ma być zgłoszony/ wyrejestrowany * z ubezpieczenia zdrowotnego:

Nazwisko imię.....

Stopień pokrewieństwa

Stopień niepełnosprawności ** :

osoba nieposiadająca orzeczenia o niepełnosprawności lub osoba, która posiada orzeczenie i nie przedkłada go

osoba o lekkim stopniu niepełnosprawności

osoba o umiarkowanym stopniu niepełnosprawności

osoba o znacznym stopniu niepełnosprawności

osoba z orzeczeniem o niepełnosprawności wydawanym osobom do 16 roku życia

Data zgłoszenia/ wyrejestrowania *

PESEL

Data urodzenia

Czy pozostaje we wspólnym gospodarstwie domowym ze zgłaszającym? ** TAK NIE

Adres zamieszkania (jeśli inny niż pracownika).....

.....

W przypadku osób pełnoletnich oświadczam, że uzyskałam/em zgodę wymienionych członków rodziny na podanie ich danych osobowych w zakresie wymaganym, w celu zgłoszenia do ubezpieczenia zdrowotnego ZUS.

Oświadczam, że ww. osoby nie posiadają innego tytułu do ubezpieczenia zdrowotnego. Zobowiązuję się powiadomić pracodawcę, w przypadku, gdy sytuacja ulegnie zmianie

.....

(Miejscowość i data)

.....

(podpis pracownika)

* niepotrzebne skreślić

** zaznaczyć właściwe