

Łomża, dn.

.....
(Imię i Nazwisko)

.....
(Ulica)

.....
(Kod)

.....
(Miejscowość)

1. **Zgłoszenie członków rodziny do ubezpieczenia zdrowotnego.***
2. **Wyrejestrowanie członków rodziny z ubezpieczenia zdrowotnego.***
3. **Zgłoszenie zmian (uzupełnienia) danych członka rodziny zgłoszonego do ubezpieczenia zdrowotnego.***

1.
imię (imiona) i nazwisko osoby / stopień pokrewieństwa
.....
data urodzenia
.....
adres zamieszkania
.....
numery PESEL i NIP, a w przypadku, gdy członkowi rodziny nie nadano tych numerów lub jednego z nich - serię i numer dowodu osobistego lub paszportu
.....
informacja o znacznym stopniu niepełnosprawności
.....
informacja o pozostawaniu we wspólnym gospodarstwie domowym z ubezpieczonym - w przypadku osób wstępnych
.....
data zgłoszenia (wyrejestrowania) do (z) ubezpieczenia zdrowotnego lub data zmiany danych członka rodziny

2.
imię (imiona) i nazwisko osoby / stopień pokrewieństwa
.....
data urodzenia
.....
adres zamieszkania
.....
numery PESEL i NIP, a w przypadku, gdy członkowi rodziny nie nadano tych numerów lub jednego z nich - serię i numer dowodu osobistego lub paszportu
.....
informacja o znacznym stopniu niepełnosprawności
.....
informacja o pozostawaniu we wspólnym gospodarstwie domowym z ubezpieczonym - w przypadku osób wstępnych
.....
data zgłoszenia (wyrejestrowania) do (z) ubezpieczenia zdrowotnego lub data zmiany danych członka rodziny

* **niepotrzebne skreślić**

3.
imię (imiona) i nazwisko osoby / stopień pokrewieństwa
.....
data urodzenia
.....
adres zamieszkania
.....
numery PESEL i NIP, a w przypadku, gdy członkowi rodziny nie nadano tych numerów lub jednego z nich - serię
i numer dowodu osobistego lub paszportu
.....
informacja o znacznym stopniu niepełnosprawności
.....
informacja o pozostawaniu we wspólnym gospodarstwie domowym z ubezpieczonym - w przypadku osób wstępnych
.....
data zgłoszenia (wyrejestrowania) do (z) ubezpieczenia zdrowotnego lub data zmiany danych członka rodziny

4.
imię (imiona) i nazwisko osoby / stopień pokrewieństwa
.....
data urodzenia
.....
adres zamieszkania
.....
numery PESEL i NIP, a w przypadku, gdy członkowi rodziny nie nadano tych numerów lub jednego z nich - serię
i numer dowodu osobistego lub paszportu
.....
informacja o znacznym stopniu niepełnosprawności
.....
informacja o pozostawaniu we wspólnym gospodarstwie domowym z ubezpieczonym - w przypadku osób wstępnych
.....
data zgłoszenia (wyrejestrowania) do (z) ubezpieczenia zdrowotnego lub data zmiany danych członka rodziny

Oświadczam, że podane we wniosku informacje są zgodne z prawdą.

.....
(Data i podpis)

UWAGA: W przypadku zmiany lub uzupełnienia danych w odpowiedniej rubryce wpisać aktualne dane oraz słowo „zmiana” lub „uzupełnienie”.