

.....  
imię i nazwisko pracownika

.....  
adres zamieszkania

### Oświadczenie /zgłoszenie rodziny do ZUS

Niniejszym wnoszę o zgłoszenie członków rodziny uprawnionych do świadczeń z ubezpieczenia zdrowotnego.

NAZWISKO	
IMIE	
PESEL	
STOPIEŃ POKREWIEŃSTWA	
ADRES ZAMIESZKANIA	
CZY POZOSTAJE WE WSPÓLNYM GOSPODARSTWIE DOMOWYM Z OSOBĄ UBEZPIECZONĄ:	Tak Nie
STOPIEŃ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI	DOTYCZY/LEKKI/UMIARKOWANY/ZNACZNY (*)

NAZWISKO	
IMIE	
PESEL	
STOPIEŃ POKREWIEŃSTWA	
ADRES ZAMIESZKANIA	
CZY POZOSTAJE WE WSPÓLNYM GOSPODARSTWIE DOMOWYM Z OSOBĄ UBEZPIECZONĄ:	Tak Nie
STOPIEŃ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI	DOTYCZY/LEKKI/UMIARKOWANY/ZNACZNY (*)

W przypadku zmiany danych objętych zgłoszeniem zobowiązuje się poinformować pracodawcę o zaistniałych zmianach w terminie do 7 dni od daty ich zaistnienia.

W przypadku utraty prawa przez członka rodziny do objęcia zgłoszeniem zobowiązuje się poinformować pracodawcę w terminie do 7 dni od daty zaistnienia tych okoliczności.

.....  
data, Imię i nazwisko / podpis