

.....
nazwisko i imię świadczeniobiorcy

Adres zamieszkania:

.....
.....
.....

Zakład Ubezpieczeń Społecznych

Oddział w

Inspektorat w

.....
nr świadczenia

Nr PESEL | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Nr NIP | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Seria i nr dowodu osobistego lub paszportu⁽¹⁾ lub innego dokumentu stwierdzającego tożsamość

.....

**Zgłoszenie do ubezpieczenia zdrowotnego
członków rodziny emeryta – rencisty – osoby uprawnionej do renty socjalnej –
świadczenia przedemerytalnego/zasiłku – nauczycielskiego świadczenia kompensacyjnego***

Wnoszę o zgłoszenie do ubezpieczenia zdrowotnego od niżej wymienionych członków rodziny:

Lp.	Nazwisko i imię	Data urodzenia oraz PESEL i NIP ⁽²⁾	Stopień pokrewieństwa	Adres zamieszkania ⁽³⁾	Znaczny stopień niepełnosprawności TAK* – NIE ⁽⁴⁾
1.					
2.					
3.					
4.					

Oświadczam, że zgłoszeni do ubezpieczenia zdrowotnego członkowie rodziny nie podlegają ubezpieczeniu zdrowotnemu z innego tytułu, a ponadto krewny wstępny (ojciec, matka, dziadek, babka) wymieniony w pkt pozostaje ze mną we wspólnym gospodarstwie domowym.

Oświadczam, że dane zawarte w zgłoszeniu są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym. Jestem świadomy(ma) odpowiedzialności karnej za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy.

O wystąpieniu zmian mających wpływ na treść złożonego wniosku i oświadczenia niezwłocznie powiadomię organ rentowy lub organ emerytalno-rentowy* wypłacający świadczenie.

.....
Data i czytelny podpis świadczeniobiorcy
lub przedstawiciela ustawowego tej osoby*

(1) proszę podać w przypadku braku nr PESEL i/lub NIP,

(2) jeżeli nie nadano obydwu lub jednego z tych numerów, proszę podać serię i nr dowodu osobistego lub paszportu albo innego dokumentu stwierdzającego tożsamość,

(3) jeżeli jest inny niż adres zamieszkania Pani(a),

(4) TAK – należy wpisać w przypadku posiadania ważnego orzeczenia o znacznym stopniu niepełnosprawności, lub innym traktowanym na równi.

* niepotrzebne skreślić