

Oświadczenie o ubezpieczeniu zdrowotnym

Nazwisko	
Imię	
PESEL	
Nr dowodu osobistego	
Nr akt	
NIP	

Oświadczam, że podlegam / nie podlegam¹
ubezpieczeniu zdrowotnemu z innego tytułu niż świadczenia rodzinne.

Proszę o objęcie ubezpieczeniem niżej wymienionych osób²

Lp.	Nazwisko	Imię	PESEL	Stopień pokrewieństwa
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				

.....
Miejscowość, data

.....
Podpis osoby, składającej oświadczenie

.....
Podpis osoby przyjmującej oświadczenie

¹ Niepotrzebne skreślić.

² Wypełnić tylko w przypadku, gdy nie ma ubezpieczenia zdrowotnego z innego tytułu niż świadczenia rodzinne.