

## Oświadczenie o ubezpieczeniu zdrowotnym

|                      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|----------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| Nazwisko             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Imię                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| PESEL                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Nr dowodu osobistego |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| NIP                  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Oświadczam, że \_\_\_\_\_ podlegam / nie podlegam<sup>1</sup>  
ubezpieczeniu zdrowotnemu z innego tytułu niż świadczenia rodzinne.

Proszę o objęcie ubezpieczeniem niżej wymienionych osób<sup>2</sup>

| Lp. | Nazwisko | Imię | PESEL | Stopień<br>pokrewieństwa |
|-----|----------|------|-------|--------------------------|
| 1.  |          |      |       |                          |
| 2.  |          |      |       |                          |
| 3.  |          |      |       |                          |
| 4.  |          |      |       |                          |
| 5.  |          |      |       |                          |
| 6.  |          |      |       |                          |
| 7.  |          |      |       |                          |
| 8.  |          |      |       |                          |

.....  
Miejscowość, data

.....  
Podpis osoby składającej oświadczenie

.....  
Podpis osoby przyjmującej oświadczenie

<sup>1</sup> Niepotrzebne skreślić.

<sup>2</sup> Wypełnić tylko w przypadku, gdy nie ma ubezpieczenia zdrowotnego z innego tytułu niż świadczenie rodzinne.