Załącznik nr 2

**ZGŁOSZENIE DANYCH O CZŁONKACH RODZINY**

**DO UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO**

**I.DANE IDENTYFIKACYJNE CZŁONKA RODZINY OSOBY UBEZPIECZONEJ UPRAWNIONEGO DO ŚWIADCZEŃ Z UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO**

Należy wypełnić czytelnie

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nazwisko | Imię | Data urodzenia (dd/mm/rrrr) |
| PESEL | Paszport (dot. cudzoziemców) |  |

II. Stopień pokrewieństwa/powinowactwa ………………………………………………………….

III. Stopień niepełnosprawności …………………………………………………………………..…

**IV. ADRES ZAMIESZKANIA** (wpisać, jeśli adres zamieszkania jest inny niż adres zamieszkania ubezpieczonego)

Należy wypełnić czytelnie

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Kraj | Województwo | Powiat | |
| Gmina | Ulica /osiedle | Nr domu | Nr lokalu |
| Miejscowość | Kod pocztowy | Poczta | |

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

**Oświadczam, że zgłaszany przez mnie członek rodziny pozostaje ze mną we wspólnym gospodarstwie domowym w rozumieniu ustawy o świadczeniach zdrowotnych.**

……………………… ………………………

data podpis