

## Oświadczenie o ubezpieczeniu zdrowotnym

Nazwisko	
Imię	
PESEL	
Nr dowodu osobistego	
Adres	

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 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 świadczenia rodzinne.