

WNIOSEK:

**I. NARODOWY FUNDUSZ ZDROWIA POMORSKI ODDZIAŁ WOJEWÓDZKI W GDAŃSKU
II. ZGŁOSZENIE BEZROBOTNEGO I UPRAWNIONYCH CZŁONKÓW RODZINY DO UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO**

III. DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY UBEZPIECZONEJ

01. PESEL

02. RODZAJ DOKUMENTU 03. SERIA I NUMER DOKUMENTU 06. DATA URODZENIA

03. NAZWISKO

IV. DANE O CZŁONKU RODZINY OSOBY UBEZPIECZONEJ UPRAWNIONYM DO ŚWIADCZEŃ Z UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO

01. ZGŁOSZENIE NOWEGO CZŁONKA RODZINY: wpisać: TAK / NIE 02. DATA UZYSKANIA / UTRATY UPRAWNIENI DO UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO PRZEZ CZŁONKA RODZINY
WYREJESTROWANIE CZŁONKA RODZINY: wpisać: TAK / NIE
03. PESEL

06. NAZWISKO

09. STOPIEŃ POKREWIEŃSTWA

13. ADRES ZAMIESZKANIA JEST ZGODNY Z ADRESEM OSOBY UBEZPIECZONEJ
(wpisać: TAK / NIE) JEŻELI NIE, NALEŻY WYPEŁNIĆ POZ. 14

14. ADRES ZAMIESZKANIA

11. POZOSTAJE WE WSPÓLNYM GOSPODARSTWIE DOMOWYM Z OSOBA UBEZPIECZONA (wpisać: TAK / NIE)

12. STOPIEŃ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI

07. PIERWSZE IMIĘ 08. DATA URODZENIA

10. POZOSTAJE NA WYŁĄCZNYM UTRZYMANIU OSOBY UBEZPIECZONEJ (wpisać: TAK / NIE)

04. RODZAJ DOKUMENTU 05. SERIA I NUMER DOKUMENTU

V. DANE O CZŁONKU RODZINY OSOBY UBEZPIECZONEJ UPRAWNIONYM DO ŚWIADCZEŃ Z UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO

01. ZGŁOSZENIE NOWEGO CZŁONKA RODZINY: wpisać: TAK / NIE 02. DATA UZYSKANIA / UTRATY UPRAWNIENI DO UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO PRZEZ CZŁONKA RODZINY
WYREJESTROWANIE CZŁONKA RODZINY: wpisać: TAK / NIE
03. PESEL

06. NAZWISKO

09. STOPIEŃ POKREWIEŃSTWA

13. ADRES ZAMIESZKANIA JEST ZGODNY Z ADRESEM OSOBY UBEZPIECZONEJ
(wpisać: TAK / NIE) JEŻELI NIE, NALEŻY WYPEŁNIĆ POZ. 14

14. ADRES ZAMIESZKANIA

11. POZOSTAJE WE WSPÓLNYM GOSPODARSTWIE DOMOWYM Z OSOBA UBEZPIECZONA (wpisać: TAK / NIE)

12. STOPIEŃ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI

07. PIERWSZE IMIĘ 08. DATA URODZENIA

10. POZOSTAJE NA WYŁĄCZNYM UTRZYMANIU OSOBY UBEZPIECZONEJ (wpisać: TAK / NIE)

04. RODZAJ DOKUMENTU 05. SERIA I NUMER DOKUMENTU

OŚWIADCZENIE PŁATNIKA SKŁADEK

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

Podpis

OŚWIADCZENIE OSOBY UBEZPIECZONEJ

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

Podpis

data