

## ZGŁOSZENIE WSPÓŁMAŁŻONKA DO UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO

### DANE OSOBY BEZROBOTNEJ:

Numer ewidencyjny akt w PUP \_\_\_\_\_

Imię i nazwisko \_\_\_\_\_

Adres \_\_\_\_\_

### DANE CZŁONKA RODZINY:

PESEL | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ |

NAZWISKO \_\_\_\_\_

IMIĘ PIERWSZE \_\_\_\_\_

DATA URODZENIA \_\_\_\_\_

STOPIEŃ POKREWIEŃSTWA \_\_\_\_\_

CZY POZOSTAJE WE WSPÓLNYM GOSPODARSTWIE DOMOWYM Z OSOBĄ UBEZPIECZONĄ

(wpisać TAK lub NIE) \_\_\_\_ . JEŻELI NIE PROSZE WPISAĆ DOKŁADNY ADRES :

\_\_\_\_\_

STOPIEŃ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI \_\_\_\_\_

CZY POSIADA ZAWIESZONĄ DZIAŁALNOŚĆ GOSPODARCZĄ (wpisać TAK lub NIE) \_\_\_\_\_

CZY PRZEBYWA NA URLOPIE WYCHOWAWCZYM (wpisać TAK lub NIE) \_\_\_\_\_

CZY POBIERA RENTĘ RODZINNĄ (wpisać TAK lub NIE) \_\_\_\_\_

CZY OBECNIE PRZEBYWA NA URLOPIE BEZPŁATNYM (jeżeli TAK to proszę wpisać od kiedy do kiedy na nim przebywa) \_\_\_\_\_

Zobowiązuję się do niezwłocznego informowania o każdej zmianie w powyższych danych.

.....  
Data złożenia oświadczenia

.....  
Podpis składającego oświadczenie