

Zgłoszenie/wyrejestrowanie członka rodziny do/z ubezpieczenia
(Wszystkie rubryki muszą być wypełnione czytelnie)

Dane osoby zgłaszającej															
Imię					Nazwisko					Stanowisko					
Jednostka															
1. Dane identyfikacyjne członka rodziny															
Pesel													Seria i numer paszportu		
Nazwisko										Imię/Imiona					
Data urodzenia			-			-				Stopień pokrewieństwa				Stopień niepełnosprawności	
Adres zamieszkania członka rodziny								Czy pozostaje we wspólnym gospodarstwie domowym? tak ☐ nie ☐							
Ulica										Nr domu/Nr lokalu					
Miejscowość								Kod pocztowy			Gmina				

Oświadczam, że dane zawarte w formularzu są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym. Jestem świadomy odpowiedzialności karnej za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy. Jednocześnie oświadczam, że wszelkie zmiany wymienionych danych zgłoszę niezwłocznie.

.....
Data i podpis pracownika