

KSIĘGOWOŚĆ DLA BIZNESU ALEKSANDRA SOWIZDRZAŁ

5. Data urodzenia : - -

6. Czy członek rodziny pozostaje we wspólnym gospodarstwie domowym z osobą ubezpieczoną :
TAK/NIE¹

tel.

7. Stopień niepełnosprawności członka rodziny¹ :

- Osoba nie posiadająca orzeczenia o niepełnosprawności
- Osoba posiadająca orzeczenie o lekkim stopniu niepełnosprawności
- Osoba posiadająca orzeczenie o umiarkowanym stopniu niepełnosprawności
- Osoba posiadająca orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności
- Osoba posiadająca orzeczenie o niepełnosprawności wydawane osobom do 16 roku życia

8. Adres zamieszkania

.....

.....

gmina/dzielnica.....

Zobowiązuję się do pisemnego poinformowania pracodawcy o uzyskaniu przez członka rodziny prawa do ubezpieczenia zdrowotnego z innego tytułu w terminie 7 dni od uzyskania tego prawa.

.....

podpis ubezpieczonego
